TDAH

TROUBLE DE DÉFICIT DE L'ATTENTION/HYPERACTIVITÉ

Agir ensemble pour mieux SOUTENIR les jeunes

DOCUMENT DE SOUTIEN À LA FORMATION : CONNAISSANCES ET INTERVENTIONS

Québec

- Ministère de l'Éducation
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de l'Éducation
Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction de la jeunesse, des personnes toxicomanes et de la santé mentale

Membres du comité consultatif
Caroline Blais, audiologiste
Luc Blanchet, pédopsychiatre
Maurice Boudreault, pédopsychiatre
Pierre Charlebois, professeur en psychoéducation
Raynald Goudreau, psychologue
Julie Hamilton, ergothérapeute
Andrée Lebœuf, infirmière
Camil Sanfaçon, enseignant, psychoéducateur
Colette Sauvé, travailleuse sociale

Coordination des travaux
Normande Guérin, ministère de la Santé et des Services sociaux
Charles Robitaille, ministère de l'Éducation

Rédaction
Charles Robitaille, psychologue, ministère de l'Éducation
Nadine Vézina, psychologue

Mise en page du manuscrit
Lyne Trudelle
Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires, ministère de l'Éducation

Édition produite par la Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Conception graphique et mise en page : Ose Design

Le *Document de soutien à la formation : connaissances et interventions*
est disponible sur le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux et sur celui du ministère de l'Éducation.
[www.msss.gouv.qc.ca] [www.meq.gouv.qc.ca]

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2003
Bibliothèque nationale du Canada, 2003
ISBN 2-550-41076-9

La reproduction complète ou partielle du *Document de soutien à la formation : connaissances et interventions* est permise à la condition que l'intégrité de ce contenu soit respectée et que la source soit mentionnée.

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

© Gouvernement du Québec

106-05317/

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE 5

PRINCIPES DE BASE 15

CONNAISSANCES 19
- Historique 21
- Mythes et réalité 27
- Concept d'attention et définitions 31
- Manifestations principales et secondaires 39
- Prévalence 47
- Étiologie 53
- Développement de l'attention et des fonctions exécutives 63
- Évolution du trouble de l'enfance à l'âge adulte 67
- Incidences sur la vie de l'enfant, sur la vie de la famille et sur le milieu scolaire 73
- Facteurs de protection et de risque 81
- Pronostic à long terme 87

DIAGNOSTIC 91
- Procédure de référence : quand et à qui? 93
- Diagnostic différentiel et comorbidité 99
- Procédure d'évaluation multidisciplinaire 105
- Critères diagnostiques 113

INTERVENTION 121
- Prévention 123
- Intervention multimodale 129
- Pour une intervention efficace 135
- Intervention psychosociale 143
- Différentes approches 147
- Interventions dans le milieu familial 157
- Interventions dans le milieu scolaire 175
- Interventions dans les autres milieux de vie 195
- Traitement pharmacologique 205
- Traitements alternatifs 217

INDEX AUTEURS 223

INDEX SUJETS 227

CONTEXTE

Le ministre de l'Éducation et la ministre de la Santé et des Services sociaux rendaient public, en juin 2000, le plan d'action sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité TDAH, dans un document intitulé *Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes.* Ce plan d'action est le fruit de la réflexion et des recommandations d'un groupe d'experts ayant produit le *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central.* Plusieurs mesures visant tant le développement de connaissances et d'outils que l'intervention auprès des jeunes ayant un TDAH y sont proposées. Le présent document d'accompagnement à la formation est essentiel pour établir une base commune de connaissances et pour soutenir le travail de concertation entre les deux réseaux concernés. L'adoption d'un langage commun au regard des connaissances, du diagnostic et de l'intervention que favorise la parution du présent document facilitera la concertation des intervenants.

Le plan d'action fait état de la situation dans laquelle se trouvent les divers intervenants et par là nous éclaire sur la nature de leurs besoins de formation :

> « L'évaluation et l'intervention auprès d'un enfant présentant des symptômes du TDAH constituent un défi particulier pour le personnel du réseau de l'éducation et celui de la santé et des services sociaux puisqu'il n'existe pas d'outil diagnostique propre au TDAH. Le diagnostic du trouble doit se faire sur la base de l'observation de manifestations comportementales qui surviennent principalement à l'école, mais aussi à la maison et dans d'autres contextes. [...]. L'information dont le médecin a besoin pour émettre un diagnostic n'est souvent pas disponible. Il le fait alors sur la foi d'une observation sommaire lors de la visite médicale et des faits rapportés par les parents. »
>
> « Pour sa part, le personnel scolaire a aussi une tâche ardue. En effet, le personnel enseignant doit adapter son enseignement et favoriser l'apprentissage en tenant compte des particularités de chacun dans un contexte collectif. Les besoins manifestés par les élèves sont variés : ils peuvent relever autant du domaine médical que du domaine psychologique et social et avoir des incidences pédagogiques importantes. C'est particulièrement le cas pour les jeunes qui présentent un TDAH. Il peut être difficile pour l'enseignant de reconnaître précocement les manifestations précises du trouble, de choisir les stratégies d'enseignement et de gestion de la classe les plus pertinentes et, le cas échéant, de diriger l'élève vers les services d'aide appropriés. »
>
> « Les directeurs et directrices d'école ont, pour leur part, la tâche de soutenir le personnel enseignant et ce, dans diverses situations difficiles. Une méconnaissance du trouble et de ses symptômes peut rendre leur tâche ardue, parfois même impossible. Les professionnels du milieu scolaire sont aussi appelés à intervenir auprès des élèves en difficulté que ce soit pour évaluer les difficultés ou déterminer des stratégies d'intervention. Ils doivent donc suivre de près l'évolution des connaissances pour être en mesure d'aider les élèves ou d'apporter un soutien au personnel enseignant[1]. »

Le présent document de soutien à la formation et le document de présentation *PowerPoint* qui l'accompagne sont destinés à mieux outiller les divers agents de formation[2]. Ils pourront servir de matériel de référence pour informer et former le personnel concerné. Ils visent à favoriser la concertation et l'harmonisation des pratiques des intervenants des deux réseaux. Pour une formation efficace, la collaboration et le partage de l'expertise des intervenants issus des instances régionales des deux ministères de même que le travail en équipe de concertation sont nécessaires.

Ce document ne s'adresse pas à des experts et ne vise pas à former des spécialistes de l'évaluation et de l'intervention auprès des jeunes présentant un TDAH. Il s'agit plutôt d'un outil de soutien, conçu de façon modulaire, qui permettra à tous ceux qui en feront usage dans un contexte de formation d'adapter leurs interventions à différentes catégories de personnes : professionnels du milieu scolaire et de la santé et des services sociaux, autres membres de l'équipe-école (direction d'école, personnel enseignant, personnel technique, personnel de soutien), familles, etc. Le matériel utilisé lors d'une séance de formation doit être sélectionné et adapté selon les besoins particuliers de ces personnes. De plus, les agents de formation sont invités à l'enrichir par la mise à jour de leur savoir afin de suivre l'évolution des recherches dans le domaine.

Il importe de retenir que deux conditions doivent être présentes pour assurer une formation de qualité : la concertation et des connaissances basées sur un large consensus.

---

1. Plan d'action TDAH, Agir ensemble pour mieux soutenir les jeunes, pages 7 et 8.
2. Par agent de formation on entend toute personne ayant l'expertise nécessaire pour en faire usage dans un contexte de formation.

Une concertation nécessaire

Les réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux placent le développement de l'enfant au centre des préoccupations. Cet objectif conjoint entraîne une forte motivation à travailler ensemble pour développer une préoccupation commune et à mettre en œuvre des interventions complémentaires et concertées essentielles au développement harmonieux des jeunes présentant un TDAH.

La concertation entre les deux réseaux est en effet nécessaire pour assurer une meilleure intervention auprès des jeunes. Cet appel à la concertation et au travail d'équipe s'inscrit dans le courant de *l'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation*. Cette collaboration nécessite une démarche conjointe d'analyse de la situation dans chacune des régions et une dynamique de soutien mutuel des intervenants des deux réseaux afin d'assurer une harmonisation tant sur le plan de la formation que de l'organisation des services.

L'élaboration d'une formation conjointe destinée aux deux réseaux représente donc une bonne occasion de favoriser l'organisation de modalités de concertation régionale. C'est à partir des besoins de formation exprimés en matière de TDAH que l'on déduit les actions favorisant une réelle concertation régionale autour des interventions touchant cette problématique. Ces éléments alimentent la réflexion sur l'organisation d'une offre de service intégrés et adaptés aux réalités de chaque région, et axés sur la continuité et l'harmonisation des services offerts aux jeunes présentant un TDAH.

La formation proposée ne vise pas à imposer un modèle unique de formation, mais plutôt à inciter les instances régionales à se mobiliser afin de développer une stratégie basée sur un travail bien orchestré par les deux réseaux.

À l'instar des recommandations du comité-conseil, la formation devra être mise au point et dispensée par des équipes multidisciplinaires. Ce mode de fonctionnement est privilégié pour l'ensemble des actions concernant le TDAH.

Des connaissances basées sur un large consensus

Un large consensus réunissant des chercheurs et des intervenants faisant partie des regroupements et des associations médicales et de santé mentale, tant au Québec que partout ailleurs en Amérique et dans le monde, se dégage présentement sur la question du TDAH, sa nature, le diagnostic ou les interventions les plus appropriées, et ce, malgré le besoin encore important de poursuivre les recherches afin d'approfondir le champ des connaissances en la matière. Ce consensus est en harmonie avec les positions prises par le comité-conseil et réaffirmé dans le plan d'action sur le TDAH.

De nombreuses recherches ont permis de mettre en évidence le fait que les personnes ayant un TDAH présentent en tant que groupe des déficits importants sur le plan de leurs capacités d'attention et des difficultés considérables sur le plan du comportement. Celui-ci se caractérise à la fois par une motricité excessive selon les circonstances et une impulsivité plus forte que la moyenne. Ces déficits sont clairement associés à des différences significatives sur le plan de l'activité électrique et chimique dans différentes régions du cerveau. Toute affirmation visant à nier le fait que ce trouble existe réellement doit donc être rejetée.

Les recherches les plus récentes démontrent que des facteurs génétiques et neurologiques interviennent dans le développement du TDAH. Cependant, en raison du manque d'information et de connaissances de certains intervenants et professionnels concernés, bon nombre de jeunes ne reçoivent toujours pas les services appropriés à leur situation.

Dans cette perspective, il importe de combler les besoins de formation des intervenants des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux afin qu'ils puissent agir plus efficacement auprès de ces jeunes.

En raison des progrès rapides de la recherche et de l'évolution des connaissances dans ce domaine et compte tenu des actions à mettre en place auprès des jeunes, les renseignements présentés dans ce document devront être mis à jour régulièrement par les agents de formation.

LA FORMATION

Contenu

Le présent document couvre une grande diversité de sujets entourant la compréhension du TDAH et l'intervention auprès des jeunes concernés. Il n'existe pas présentement d'ouvrage de langue française qui présente l'ensemble des connaissances, des opinions et des hypothèses de recherche sur le sujet. Ce document d'accompagnement touche l'organisation d'activités de formation et de perfectionnement sur le TDAH. Chaque section présente de façon autonome une synthèse des connaissances sur le thème étudié et s'appuie sur les connaissances scientifiques qui s'y rapportent. On y décrit également des notions de base et des notions plus approfondies sur différents thèmes entourant le TDAH : les connaissances, le diagnostic et l'intervention en milieu scolaire, familial et lors d'activités de loisir. Chaque section contient également une liste de références bibliographiques s'y rapportant.

Modalités suggérées

Les sessions ou activités de formation organisées dans le contexte du plan d'action sur le TDAH seront offertes conjointement aux intervenants désignés des réseaux de l'éducation et de la santé et des services sociaux afin de créer des équipes multidisciplinaires qui pourront former un large éventail d'intervenants dans le réseau de l'éducation et dans celui de la santé et des services sociaux. Par ailleurs, les réseaux de l'enfance et de la famille, des loisirs ou toute autre instance intéressée seront invités à se mobiliser afin de participer à ce vaste mouvement d'acquisition des connaissances.

Dans chaque section du document, les parties en couleur exposent les notions de base essentielles à la compréhension de la problématique discutée, alors que le reste du texte permet d'approfondir les connaissances sur le sujet. Les agents de formation, qu'ils soient issus du réseau de l'éducation ou de celui de la santé et des services sociaux ou qu'il s'agisse de personnes désirant utiliser ce matériel dans un contexte de formation, sont invités à enrichir leurs présentations par la mise à jour de leur savoir afin de suivre l'évolution des recherches dans le domaine.

Bien que le texte contenu dans chacune des sections soit continu, il a été conçu pour être utilisé de façon modulaire. Il n'y a donc pas d'enchaînement entre les différentes sections. Ainsi, certains éléments de texte se répètent d'une section à l'autre afin que chacune d'elle soit compréhensible pour un lecteur qui se limiterait à une seule section. Les agents de formation doivent donc regrouper les éléments issus de sections distinctes afin d'adapter les interventions et de créer un contenu unique pour chaque situation de formation.

Même s'il ne s'agit pas d'un recueil exhaustif, ce document reste volumineux et l'ensemble des concepts et moyens d'intervention discutés et présentés constitue une somme d'information qu'il n'est pas recommandé d'aborder dans le cadre d'une seule activité de formation.

Suggestions pour l'organisation d'une session de formation

Réception de la demande

Quelle que soit l'origine de la demande de formation, qu'elle provienne des réseaux de l'éducation ou de la santé et des services sociaux, d'une autre structure ou encore d'un groupe de parents, l'agent de formation devra toujours planifier une intervention en équipe de façon à couvrir adéquatement l'ensemble des perspectives propres au réseau de l'éducation et à celui de la santé et des services sociaux. Il est essentiel de comprendre l'importance de ce travail d'équipe, qui repose sur une perception souvent différente mais complémentaire des besoins des jeunes et des services qui peuvent être mis en place.

Approfondissement du besoin exprimé

Il faut chercher à mieux cerner la nature de la demande. Chaque session de perfectionnement ou de formation doit répondre à des besoins bien définis. Ainsi, les agents de formation s'assureront de bien explorer les connaissances et attentes des participants éventuels, afin d'ajuster leur présentation et de bien choisir le matériel à présenter. Le choix des sujets à aborder est toujours fait en fonction des besoins des personnes, mais peut diverger des demandes spécifiques exprimées par celles-ci. Il peut être jugé souhaitable de clarifier certaines notions de base avant d'aborder d'autres sujets plus pointus ou spécifiques. Par exemple, il serait peu indiqué de faire une présentation sur l'utilisation de la médication sans la situer d'abord dans la perspective d'un diagnostic différentiel et d'une intervention multimodale.

Choix du matériel

Une fois les thèmes judicieusement sélectionnés, le choix du matériel et du contenu de la formation se fera en combinant des éléments de différents chapitres du document d'accompagnement à la formation. Les agents de formation doivent adapter le contenu de leur présentation en fonction des connaissances des participants et des objectifs visés.

Animation

Enfin, l'animation de la formation sera enrichie d'une série d'exemples et d'illustrations, du récit de cas vécus et de mises en situation que l'agent de formation aura tirés de son expérience professionnelle et qu'il aura judicieusement choisis afin de bien rattacher l'information transmise au contexte de vie des participants. Ces ajouts doivent aider les participants à assimiler la matière en leur fournissant des références au contexte de vie ou de travail qui est le leur.

Des exemples de présentation selon différents besoins sont présentés en annexe.

CONCLUSION

La diffusion d'une information juste, complète, à jour et commune à l'ensemble des intervenants et des personnes concernés par le TDAH est une tâche ambitieuse. Elle prendra tout son sens lorsque les conditions permettant le travail d'équipe et la concertation entre les intervenants et les familles auront été mises en place.

Comme l'approche retenue dans le cadre du plan d'action préconise la concertation et la continuité dans l'offre de service, il faudra être vigilant afin de rendre accessible, à la suite des activités de formation, une gamme complète de services répondant aux besoins des jeunes et de leurs familles.

ANNEXE I

Exemples de présentation selon différents besoins

Mise en garde

Les exemples qui suivent sont fictifs et la démarche utilisée pour répondre à la demande pourrait varier selon les circonstances. Ils sont présentés dans le seul but d'illustrer l'utilisation qui peut être faite de ce document d'accompagnement. Ces quelques exemples mettent en évidence le fait que le matériel présenté dans le document d'accompagnement doit être utilisé avec d'autres outils et documents qui concernent le TDAH ou qui sont d'ordre plus général. De plus, la présentation de l'information regroupée dans ce document doit être animée et mise en perspective à l'aide de l'expérience de l'agent de formation. Ainsi, chaque fois que l'on fera usage de ce matériel, la présentation sera distincte et adaptée aux besoins spécifiques de l'auditoire.

En conséquence, il ne faudrait pas considérer les exemples suivants comme des modalités à transférer directement ou à privilégier exclusivement dans l'organisation de sessions de formation. Chaque contexte de formation étant unique et présentant des particularités qui lui sont propres, les personnes appelées à organiser les formations devront s'assurer de prendre les moyens nécessaires afin de bien cerner les particularités des demandes qui leurs sont acheminées et d'y adapter leurs interventions.

EXEMPLE 1

Demande reçue

Formation d'un groupe d'enseignants du primaire.

Personnes visées

Un groupe d'enseignants d'une école primaire se sentent un peu démunis devant les agissements de quelques enfants qu'ils considèrent comme hyperactifs. Ils souhaitent principalement améliorer leurs interventions afin de mieux maîtriser la situation.

Groupe de 38 personnes.

Besoins ciblés

Bien que seuls quelques membres du groupe soient en présence de jeunes aux prises avec ce problème, l'équipe-école s'est mobilisée pour accroître leurs connaissances sur le sujet. L'étude des besoins fait ressortir une certaine confusion quant à l'identification du trouble chez les jeunes concernés et un désir d'élargir l'inventaire de moyens d'intervention auprès des enfants qui perturbent les périodes de classe.

Choix du matériel

Une session d'une demi-journée est organisée dans le but de favoriser l'acquisition de connaissances sur le sujet et l'élaboration de stratégies d'intervention qui leur seront propres. Les sections suivantes serviront à structurer l'intervention.

- Section **Mythes et réalité** pour démythifier le vécu en classe et permettre à chacun de confronter sa perception de la situation avec la réalité.
- Sections **Diagnostic différentiel et comorbidité** et **Critères diagnostiques :** la combinaison de ces deux sections permet de situer la problématique du TDAH en fonction d'autres troubles avec lesquels ils sont souvent confondus. La notion de déficit de l'attention permettra peut-être aussi de modifier la perception des intervenants en ce qui concerne ce qui était perçu comme de la mauvaise volonté de la part des jeunes visés. Un ajout pourrait être fait à cette section par l'agent de formation afin d'apporter des précisions sur des troubles connexes.

EXEMPLE 1

- Sections **Principes de base pour une intervention efficace, Gestion de classe** et **Plan d'intervention et évaluation :** Le survol de ces sections permettra de mettre en place une activité de formation favorisant le développement de moyens d'intervention adaptés aux problèmes de chacun des jeunes ainsi qu'à la personnalité et au style d'enseignement de chacun des intervenants. L'aptitude des intervenants est appuyée sur des connaissance solides à mettre en œuvre des moyens qui leur sont propres est aussi valorisée.
- Section **Intervention en milieu scolaire (en réserve pour une autre session de formation) :** Certains tableaux choisis en fonction des difficultés éprouvées en classe seront présentés après une période de discussion qui aura permis de mettre en œuvre les nouvelles façons de faire qui auront émergé à la suite de la présentation des sections précédentes.

EXEMPLE 2

Demande reçue

Groupe de parents demandant des renseignements supplémentaires sur la médication.

Personnes visées

Les membres d'un regroupement de parents d'enfants présentant le TDAH souhaitent en savoir plus sur l'intervention médicamenteuse auprès des enfants et des adultes, certains se reconnaissant dans les comportements de leurs enfants.

Groupe de 15 personnes.

Besoins ciblés

Ces parents ont pris part à un débat, au sein de leur association, sur l'usage de la médication comme moyen d'intervention auprès de leur enfant. Certains sont très rébarbatifs à l'idée de voir leur enfant faire usage de Ritalin, surtout depuis la diffusion d'un reportage plutôt alarmant sur le sujet.

Choix du matériel

Une soirée d'information est organisée en collaboration avec le CLSC local, auquel est associé le groupe de parents. Les experts demandés sont issus du milieu médical et du milieu de l'éducation afin d'établir un pont entre les interventions faites auprès de la famille et dans le milieu scolaire.

Lors de la rencontre, les parents sont d'abord invités à exprimer leurs inquiétudes à l'occasion d'un tour de table. On leur transmet ensuite une information limitée sur la nature du trouble, en utilisant les notions de la section **Manifestations principales et secondaires**. Cette démarche permet de distinguer les comportements qui sont directement associés au TDAH de ceux qui relèvent davantage d'un problème affectif et qui sont de nature comportementale. Elle permettra aussi de mettre en évidence les manifestations pour lesquelles un traitement médicamenteux serait probablement nécessaire.

Le contexte de l'intervention, quelle que soit sa nature, sera abordé par la présentation de l'information contenue dans la section **Principes de base**. Ces renseignements permettront aux parents de situer de façon globale l'utilisation de la médication dans le contexte de l'intervention auprès des jeunes présentant le TDAH.

L'utilisation de la médication sera expliquée par la présentation des sections **Traitement pharmacologique** et **Intervention multimodale**. Le processus devant mener à la décision de faire usage ou non de la médication sera abordé en faisant référence **aux lignes directrices sur l'utilisation des stimulants du système nerveux central,** publiées conjointement par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec, ou encore à un document équivalent publié par un autre ordre professionnel ou des organismes de santé nationaux ou internationaux. On insistera sur l'importance d'établir un bon diagnostic différentiel afin de bien cerner les besoins spécifiques de chaque jeune et de planifier une intervention qui soit adaptée aux besoins de chaque individu.

EXEMPLE 3

Demande reçue

Professionnels d'une région désirant mieux travailler en concertation.

Personnes visées

Les professionnels d'un CLSC et d'une commission scolaire se réunissent pour la première fois avec l'intention de mettre sur pied une approche régionale concertée destinée aux personnes ayant un TDAH.

Groupe de 8 personnes.

Besoins ciblés

Ces personnes désirent acquérir une base de connaissances commune et définir les rôles et responsabilités de chacun. Elles souhaitent aussi être aidées pour planifier un cheminement-type pour les cas où des jeunes, présentant le TDAH, sont ciblés par le milieu scolaire comme pouvant potentiellement bénéficier d'une intervention multimodale comprenant l'usage de la médication.

Choix du matériel

Il apparaît clairement que cette demande doit être traitée dans le cadre d'une collaboration MEQ-MSSS. Ensemble, les représentants des deux réseaux établissent que les solutions à envisager doivent être issues du milieu et non pas dictées par des experts. Une démarche visant le développement d'éléments de solution par les demandeurs eux-mêmes est donc mise en œuvre.

Quatre sections du document de soutien permettent de situer la problématique et orientent les travaux :

- **Procédure de référence : quand ? et à qui ?;**
- **Procédure d'évaluation multidisciplinaire;**
- **Principes de base pour une intervention efficace;**
- **Intervention multimodale.**

Le document du MEQ portant sur les plans d'interventions (à paraître) est aussi consulté afin de favoriser l'utilisation de cet outil et les démarches qui l'entourent pour mieux circonscrire le processus d'intervention.

EXEMPLE 4

Demande reçue

Un professeur d'université devant préparer un cours.

Personnes visées

Dans le cadre du cours sur les troubles du comportement prévu au programme de formation des maîtres en adaptation scolaire, un professeur d'université prépare un cours visant à sensibiliser les étudiants à la problématique du TDAH.

Il s'agit donc d'une demande de rencontre individuelle où il sera sujet de l'élaboration d'une formation devant être offerte à un groupe.

Choix du matériel

Bien que le professeur n'ait que trois heures par trimestre à consacrer à ce thème, il ressort rapidement des discussions préparatoires qu'il pense créer un groupe de recherche sur le sujet. L'intervention en milieu scolaire l'intéresse tout particulièrement puisqu'il dispense son enseignement à de futurs enseignants. Il est clair que ses besoins du point de vue des connaissances théoriques dépassent de beaucoup ce qu'il compte présenter dans le cours.

EXEMPLE 4

Une copie du document de formation est remise au professeur et une rencontre est organisée afin de faire un survol du document, de répondre à ses questions et d'apporter des précisions sur les différents éléments contenus dans le document.

La section **Historique** lui est particulièrement utile, car elle permet de situer la compréhension actuelle du trouble dans son cheminement historique et de mettre en perspective le développement actuel des connaissances. La section **Mythes et réalité** représente un intérêt particulier pour lancer le cours. Les sections **Manifestations principales et secondaires, Prévalence, Concept d'attention et définition, Étiologie** et **Développement normal de l'attention et des fonctions exécutives** sont aussi retenues, car elles fournissent une base de connaissances théoriques solides pour les futurs enseignants.

Ce sont les sections **Principes de base pour une intervention efficace** et **Intervention en milieu scolaire** qui semblent les plus pertinentes pour son projet de recherche.

PRINCIPES DE BASE

Le matériel proposé dans ce document a été conçu et élaboré en s'appuyant sur certains principes qui doivent guider les intervenants dans leur pratique. Ces grands principes ont également servi de fondement pour la rédaction des *lignes directrices sur l'utilisation des stimulants du système nerveux central*, publiées conjointement par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec.

Dans son rapport, le comité-conseil propose de s'appuyer sur un certain nombre de positions ou de principes qui guideront le choix des mesures à prendre pour orienter l'action des intervenants auprès des jeunes présentant un TDAH. Ces principes sont les suivants.

- Tous les jeunes possèdent de nombreuses qualités et ressources que les adultes doivent considérer et mettre à profit.
- Dès les premières manifestations d'hyperactivité/impulsivité ou de manque d'attention, diverses mesures de soutien appropriées à la situation doivent être envisagées. Si nécessaire, un processus d'évaluation plus complet peut être entrepris et un plan d'intervention élaboré.
- L'usage de stimulants du système nerveux central (SSNC) peut être un moyen permettant d'aider le jeune à mieux contrôler son attention et son comportement. Le recours à la médication ne doit toutefois être envisagé que dans le cadre d'une procédure d'évaluation multidisciplinaire visant à s'assurer que tous les aspects de la situation ont été pris en considération, lorsqu'il est démontré que sans ce soutien le développement du jeune pourrait être compromis sur les plans scolaire, affectif et social.
- Le diagnostic de TDAH ne peut être posé que lorsque tous les autres diagnostics possibles ont été envisagés. Le processus d'évaluation multidisciplinaire menant au diagnostic, amorcé par les principaux intervenants, doit prévoir la participation active du personnel enseignant, des parents et de l'enfant afin d'agir, s'il y a lieu, sur les facteurs psychosociaux. Les troubles associés au TDAH, le cadre pédagogique, l'environnement familial et social, etc., peuvent influer sur le comportement d'un jeune, qu'il soit atteint ou non du TDAH. Il est ainsi essentiel de mettre à contribution les différents acteurs afin de tenir compte de tous les facteurs dans le choix des interventions à mettre en place.
- L'intervention doit être planifiée en fonction du jeune et de ses parents et réalisée dans le cadre d'une approche multimodale, c'est-à-dire une approche qui prévoit diverses mesures de soutien selon la situation. Les aspects pédagogiques, comportementaux, psychologiques et sociaux doivent faire l'objet d'une attention constante et être vus comme des facteurs de mobilisation de l'entourage et des facteurs de réussite.
- La concertation entre les réseaux d'intervention et entre les différentes ressources disponibles à l'échelle locale et régionale doit être assurée afin de favoriser l'accès aux ressources et l'intervention optimale.

Ces principes ont aussi guidé l'ensemble des travaux de mise en œuvre du plan d'action. Dans les faits, ils orientent l'action des intervenants vers une pratique mieux adaptée aux besoins de chaque individu et qui se concrétise par :

- une intervention précoce permettant de minimiser les risques d'apparition de troubles associés et offrant un meilleur pronostic;
- un diagnostic différentiel fait selon une approche multidisciplinaire impliquant la collaboration et l'échange d'information entre les intervenants;
- une identification des forces et des faiblesses des jeunes concernés;
- une intervention multimodale adaptée à la spécificité du jeune, soit une approche qui doit combiner plusieurs modes d'intervention et tenir compte du fonctionnement du jeune dans les activités de la vie quotidienne;
- un suivi de l'intervention impliquant non seulement l'élaboration d'un plan d'intervention qui prévoit un suivi périodique, mais aussi la révision régulière de ce dernier.

CONNAISSANCES

CONNAISSANCES

Historique

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) est observé et étudié depuis plus de 100 ans. Il n'a naturellement pas toujours été dénommé ainsi. Au cours des décennies, la notion a évolué, tout comme sa dénomination, qui est passée d'atteinte cérébrale à atteinte cérébrale légère, à dysfonction cérébrale minime, au trouble hyperkinétique, pour en arriver au trouble de déficit de l'attention/hyperactivité.

De 1900 à 1925 : Syndrome d'atteinte cérébrale

C'est à Sir George Still, pédiatre anglais, que revient le crédit d'avoir effectué une première description clinique des déficits de l'attention et de l'hyperactivité. En 1902, il a observé une vingtaine d'enfants qui présentaient des comportements perturbateurs. Ces enfants adoptaient un modèle de comportement impulsif motivé par un besoin de gratification immédiate sans tenir compte des conséquences. Ces comportements étaient parfois accompagnés de difficultés d'apprentissage, surtout chez les garçons, et aussi de retard mental ou d'atteintes au cerveau (Conners, 2000). Still fait référence au déficit du « contrôle moral », qui est défini comme le contrôle des activités en conformité avec la conscience morale, comme une caractéristique commune à ces enfants, et qui se reflète par un échec des processus inhibitoires. À cette époque, « la moralité et la conscience morale étaient considérées comme innées et comme faisant partie intégrante de l'intelligence » (Dubé, 1992). Still associe ce qu'il appelle le « manque de contrôle de la volonté » à une inhabileté à diriger l'attention vers une voie d'action alternative.

En faisant des recherches sur l'origine de ces comportements chez ces enfants, Still remarque, chez certains d'entre eux, des atteintes au cerveau comme des lésions, des traumatismes ou des encéphalites, pouvant expliquer les modifications dans leur comportement. Mais ce n'était pas le cas pour tous les sujets. Il en arrive à émettre l'hypothèse que les dommages cérébraux importants touchent les fonctions intellectuelles en général, tandis que les dommages minimes touchent les fonctions intellectuelles supérieures comme le contrôle moral (Dubé, 1992).

Les travaux de Tredgold (1908), de Hohman (1922), de Ébaugh (1923) et de Strecker et Ébaugh (1924) viennent appuyer l'hypothèse de Still selon laquelle une atteinte cérébrale expliquerait des comportements perturbateurs chez les sujets atteints. Tredgold émet l'hypothèse que des dommages cérébraux comme l'anoxie à la naissance peuvent passer inaperçus, mais deviennent apparents au début de la scolarisation. Conners (2000) souligne que Hohman, Ébaugh et Atrecket quant à eux rapportent des changements draconiens et catastrophiques dans la personnalité des individus qui ont subi des atteintes au cerveau. Ces changements incluent l'hyperactivité, la distractibilité, l'irritabilité et les comportements agressifs, destructifs et antisociaux dans le milieu scolaire (Conners, 2000).

De 1925 à 1960 : Atteinte cérébrale légère

À cette époque, la majorité des auteurs associaient l'hyperactivité et la distractibilité à une atteinte au cerveau. Ces deux caractéristiques étaient même vues comme les symptômes-clés d'un syndrome d'atteinte cérébrale (Kahn et Cohen, 1934; Strauss et Werner, 1942; Strauss et Lehtinen, 1947).

C'est dans les années 40 qu'on fit la découverte de stimulants qui agissent sur le comportement. Bradley (1937) après avoir administré de la benzédrine pour contrer des maux de tête, remarque un effet spectaculaire sur le comportement des enfants de même que sur leur rendement scolaire. Après une autre recherche, effectuée en 1940 avec la collaboration de Bowen, Bradley conclut que les stimulants agissent sur plus d'un type de comportement. Il mentionne que les enfants hyperactifs et agressifs deviennent plus calmes et ceux qui présentent des attitudes de retrait social manifestent un meilleur esprit d'initiative (mentionné dans Dubé, 1992).

Childers (1935) est l'un des premiers à définir l'hyperactivité et à la quantifier en fonction de critères opérationnels (cité dans Dubé, 1992). Il mentionne qu'avant de conclure à la présence d'hyperactivité les comportements doivent apparaître dans différents contextes.

Laufer et Denhoff (1957) ont découvert plusieurs autres caractéristiques rattachées à l'hyperactivité, ou à ce qu'ils appelaient le « syndrome de comportement hyperkinétique ». Ils notent donc une faible attention et concentration, une grande fluctuation dans la performance, de l'impulsivité et un manque d'anticipation, une incapacité à tolérer un délai de gratification, de l'irritabilité et une faible tolérance à la frustration avec un tempérament explosif, un faible rendement scolaire et un faible rendement dans les tâches visuo-motrices qui se reflètent dans le travail en mathématique, en lecture et en écriture.

DE 1960 À 1970 : DYSFONCTION CÉRÉBRALE MINIME

On attribuait jusqu'alors les comportements hyperactifs à une atteinte cérébrale, car la majorité des enfants ayant subi ce type de dommage présentaient ces comportements perturbateurs. Or plusieurs présentaient les symptômes sans que l'on puisse détecter une lésion cérébrale quelconque. En 1962, le Oxford International Study Group on Child Neurology admet qu'on ne peut conclure à une atteinte seulement par la présence de comportements dysfonctionnels ou inadaptés (cité dans Dubé, 1992). C'est alors qu'est apparue la notion de « dysfonction cérébrale minime ».

C'est Clements en 1966, qui proposa cette appellation afin de rallier le point de vue de tous après avoir recensé une quarantaine de termes différents pour décrire des enfants qui présentaient des caractéristiques communes. Selon lui, l'expression de « dysfonction cérébrale minime » est réservée aux « enfants d'intelligence normale qui présentent des problèmes de comportement ou d'apprentissage d'intensité variable et associés à des dérèglements du système nerveux central, dérèglements qui se manifestent par des difficultés de perception, d'abstraction, de langage, de mémoire, d'attention et de contrôle de la motricité » (Dubé, 1992). Les critères centraux associés à ce trouble sont le contrôle de l'attention, l'impulsivité et les fonctions motrices. L'idée principale revient à ce que Still avait affirmé ultérieurement en décrivant le trouble comme un manque de contrôle de l'impulsivité et de l'attention avec des difficultés motrices et développementales (Conners, 2000).

Clements et Peter (1962) proposent une approche clinique de diagnostic des enfants présentant une dysfonction cérébrale minime. Selon eux, l'évaluation doit comprendre une description des comportements et des symptômes par les parents et les enseignants, une mesure des déficits perceptivo-moteurs de coordination et des apprentissages, une observation et un historique des comportements hyperkinétiques et impulsifs, de l'instabilité émotionnelle et des difficultés d'attention et/ou de la distractivité, une observation des signes neurologiques mineurs et des anomalies à la lecture d'un électroencéphalogramme (EEG). Leur batterie diagnostique incluait donc une passation d'une échelle d'intelligence Weschler, un test de Gestalt visuo-moteur Bender, des tests de lecture, d'orthographe et de mathématique de même qu'un examen neurologique.

DE 1970 À AUJOURD'HUI : DÉFICITAIRE DE L'ATTENTION ET HYPERACTIVITÉ

Une grande insatisfaction s'est fait sentir dans les années 70 relativement à l'appellation « dysfonction cérébrale minime ». Certains la trouvaient trop restrictive, car la cause ne pouvait être que neurologique, alors que d'autres la trouvaient trop large, car elle pouvait s'appliquer à plusieurs types d'enfants présentant des caractéristiques communes sans pour autant partager le même trouble. Elle désignait un diagnostic fourre-tout.

La publication du DSM-III (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), en 1980, propose, pour la première fois, des catégories de maladies mentales propres aux enfants, dont le « **le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité** ». Cette catégorie de trouble infantile se divisait en trois sous-groupes de critères, soit ceux qui sont liés à l'inattention, à l'impulsivité et à l'hyperactivité. L'analyse de ces trois critères se révélait alors essentielle pour diagnostiquer le trouble. L'appellation du trouble sous-entendait que le jeune pouvait présenter des indices d'inattention seuls ou accompagnés d'hyperactivité. La vision du trouble à ce moment mettait l'accent sur le déficit de l'attention plutôt que sur l'hyperactivité.

Cette appellation sous-entendait avant tout la présence d'un déficit de l'attention et que l'hyperactivité pouvait être présente mais que sa présence n'était pas nécessaire au diagnostic et que, conséquemment, si l'hyperactivité était présente elle était principalement causée par le déficit d'attention. Cette désignation marquait un tournant majeur dans la compréhension de ce trouble. C'est aussi à cette époque qu'on a commencé à accorder de l'importance aux observations des enseignants, le diagnostic ne dépendant plus seulement des observations faites par les parents. Ce nouveau type d'approche concernant le déficit de l'attention et l'hyperactivité a soulevé beaucoup d'interrogations quant au choix des critères des trois échelles et au degré de sévérité.

En 1989, on remarque dans le DSM-III-R que la distinction entre le trouble avec ou sans hyperactivité a disparu et que l'appellation est devenue la suivante : « **hyperactivité avec déficit de l'attention** ». Les critères permettant le diagnostic y sont davantage expliqués. On ne distingue plus l'inattention de l'hyperactivité et de l'impulsivité. Quatorze critères sont listés, dont certains sont rattachés à des comportements hyperactifs et impulsifs, alors que d'autres relèvent de l'inattention. Plusieurs personnes devaient observer la symptomatologie. Selon l'approche théorique privilégiée à cette période l'hyperactivité prédominait sur le déficit de l'attention.

On remarquait alors une hausse notable des prescriptions de psychostimulants. On peut attribuer ce fait aux critères trop larges associés au trouble en raison de la fusion des deux échelles (inattention et hyperactivité-impulsivité). Ce procédé rendait plus facile l'atteinte du seuil. En effet, puisque plus de personnes recevaient un diagnostic à cet égard, les prescriptions ont augmenté d'autant.

La parution du DSM-IV, en 1996, permet de différencier l'inattention de l'hyperactivité et de l'impulsivité, dans un contexte où aucun n'a prédominance sur l'autre. L'appellation du trouble est désormais « déficit de l'attention/hyperactivité (TDAH) » et le diagnostic est désormais plus rigoureux. On y trouve trois sous-catégories : TDAH de type inattentif, TDAH de type hyperactif-impulsif et TDAH de type combiné qui inclut les critères d'inattention et d'hyperactivité-impulsivité. La prise en considération de l'incidence du trouble sur la vie du jeune est une autre nouveauté. En effet, pour diagnostiquer un TDAH, les difficultés doivent avoir une influence dans au moins deux milieux de vie de l'enfant, soit à la maison et à l'école.

CONSTANCE

Malgré les changements dans l'appellation du TDAH, certains critères demeurent quant au diagnostic : apparition de certains symptômes avant l'âge de 6 ou 7 ans, présence des comportements depuis au moins six mois, symptômes ne devant pas être mieux attribués à un autre trouble et difficultés apparaissant dans plus d'un milieu.

RÉFÉRENCES : HISTORIQUE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III)*, 3e éd., Paris, Masson, 1983.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-III-R)*, 3e éd., révisée, Paris, Masson, 1989.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*, 4e éd., Paris, Masson, 1996.

BRADLEY, C. « The Behavior of Children Receiving Benzedrine », *The American Journal of Psychiatry*, vol. 94, 1937.

BRADLEY, C., et M. BOWEN. « School Performance of Children Receiving Amphetamine (Benzedrine) Therapy for Children's Behavior Disorder », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 11, 1941.

CHILDERS, A. T. « Hyper-Activity in Children Having Behavior Disorders », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 5, 1935.

CLEMENTS, S. Minimal Brain Dysfunction in Children, Washington, Département de santé, éducation et bien-être de Washington, 1966.

CLEMENTS, S., et J. Peter. « Minimal Brain Dysfunction in the School Age Child », *Archives of General Psychiatry*, vol. 6, 1962.

CONNERS, C. Keith. « Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder – Historical Development and Overview », *Journal of Attention Disorder*, vol. 3, n° 4, janvier 2000.

DUBÉ, R. « Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant », Boucherville, Gaëtan Morin, 1992.

KAHN, E., et L. COHEN. « Organic Drivenness : A Brain Stem Syndrome and Experience », *New England Journal of Medecine*, 210, 1934.

LAUFER, M., et E. DENHOFF. Hyperkinetic Behavior Syndrome in Children, *The Journal of Pediatrics*, vol. 50, 1957.

CONNAISSANCES

Mythes et réalité

Bien des mythes persistent quand on parle du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité. Or il devient difficile de différencier ce qui est vrai de ce qui est faux. Souvent on ne sait pas qui croire. Le meilleur moyen de contrer la confusion est la diffusion d'une information claire sur le trouble. Voici donc quelques mythes concernant le TDAH.

Le TDAH est un symptôme de troubles affectifs : FAUX.

Les recherches montrent bien, sans avoir nécessairement ciblé une cause unique, que le TDAH n'est pas dû à des dysfonctions familiales ou à des troubles affectifs. Les facteurs psychosociaux jouent un rôle dans la problématique, mais ne font pas partie de son étiologie. En effet, ces facteurs influent sur l'intensité des symptômes ainsi que sur le pronostic et peuvent précipiter l'apparition du trouble. Il arrive aussi que ces facteurs entraînent l'apparition de symptômes s'apparentant au TDAH. On envisagera alors un diagnostic de trouble de l'opposition, de la conduite ou de dépression ou de troubles anxieux, ou de toute autre psychopathologie plutôt qu'un diagnostic de TDAH.

L'enfant qui présente un TDAH est paresseux et manque de motivation : FAUX.

Il faut comprendre que, lorsqu'on présente un TDAH (surtout un trouble de type inattentif), maintenir son attention sur une longue période demande un effort immense. On se fatigue alors très vite et on finit souvent par abandonner au bout d'une courte période de temps. Ce n'est pas par manque d'effort ou par manque de motivation, mais plutôt par manque de capacité. L'effort qu'il faut fournir pour maintenir son attention et pour rester concentré sans se laisser distraire est beaucoup plus grand que pour une personne ne vivant pas avec cette problématique.

Le TDAH est le résultat d'une mauvaise éducation : FAUX.

Beaucoup de parents croient en effet que le trouble résulte d'une mauvaise éducation. Ils arrivent régulièrement à cette conclusion en se rendant compte que leur enfant ne suit pas aussi facilement les règles que les autres enfants du voisinage. Or c'est une fausse conception. Les enfants présentant un TDAH ont beaucoup de difficulté à se maîtriser. C'est un déficit important qui les empêche d'intérioriser les règles de conduite.

Le TDAH se résorbe à l'adolescence : FAUX.

Il est faux de penser que ce trouble disparaît à l'adolescence, car environ 50 % des enfants qui le présentent continuent d'en avoir les symptômes à l'âge adulte. Il est vrai par contre que d'autres jeunes verront leurs symptômes diminuer de façon significative à l'adolescence, en particulier l'agitation. Il faut aussi mentionner que la voie scolaire choisie au secondaire peut modifier les perceptions, l'impact des symptômes pouvant être beaucoup moins important dans certains programmes. Par exemple, le jeune qui choisit un programme dans lequel le travail manuel et concret est ciblé peut voir l'incidence de ses difficultés d'attention sur ses apprentissages diminuer, car ce type de programme est souvent mieux adapté à ses compétences.

Un enfant qui peut regarder la télévision ou jouer à un jeu vidéo pendant des heures sans se lasser ou se laisser distraire ne peut pas présenter un TDAH : FAUX.

La télévision et les jeux vidéo sont des activités très stimulantes qui répondent justement au besoin d'action des jeunes présentant ce trouble. C'est pourquoi ils peuvent passer beaucoup de temps pour ce genre d'activités, alors que pour d'autres qui sont moins stimulantes, comme des jeux de société ou le dessin, ils ne peuvent rester attentifs que quelques minutes.

Le TDAH est toujours accompagné de retard au niveau des apprentissages : FAUX.

Il est vrai que certains jeunes présentant ce trouble finissent par éprouver des difficultés d'apprentissage. Mais ces difficultés sont souvent dues au retard scolaire accumulé en raison de difficultés d'attention ou de comportement qui ont occasionné trop de retraits de la classe. Plusieurs de ces jeunes ont des capacités d'apprentissage comparables à celles des jeunes de leur âge. Certains peuvent toutefois présenter un trouble d'apprentissage, mais celui-ci n'est pas lié au TDAH. Il se présente en comorbidité avec ce dernier.

CONNAISSANCES

Concept d'attention et définitions

Pour bien saisir les enjeux du trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, il faut tout d'abord comprendre les concepts qui entourent cette problématique.

Premièrement, la définition du TDAH énoncée dans le DSM-IV (1996) se lit comme suit : « mode persistant d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité plus fréquent et plus sévère que ce qu'on observe habituellement chez des sujets d'un niveau de développement similaire ».

Deuxièmement, on ne peut parler du TDAH sans tenter de définir ce qu'est l'attention. L'attention est comprise comme un mécanisme cognitif qui permet le traitement et la gestion de l'information (Gagné, 1996). L'attention permet, entre autres, de sélectionner l'information pertinente et d'en mettre d'autres de côté en fonction des buts et des motivations de l'individu. Le terme « attention » n'a pas une définition unique, mais relève plutôt d'un concept. Or les connaissances sur ce sujet évoluent constamment et il n'y a pas encore de consensus sur les termes et les définitions à utiliser. C'est pourquoi on trouve, dans la littérature, bien des définitions qui se recoupent sans pour autant utiliser les mêmes termes. Il est pourtant important de comprendre que l'attention n'est pas un concept monolithique et que le fait d'en identifier les composantes favorise une meilleure compréhension des difficultés qu'un individu éprouve au regard de son déficit de l'attention. L'expérience clinique montre des différences entre les individus qui présentent un déficit de l'attention. Deux individus peuvent avoir un déficit d'attention en n'ayant pas les mêmes déficits. Élargir le vocabulaire permet une meilleure connaissance des difficultés éprouvées par la personne. Le modèle qui suit, tiré de la littérature, cible et définit différents aspects de l'attention.

Plusieurs facteurs influent sur la qualité de l'attention ou permettent d'en comprendre la nature. On peut les regrouper selon quatre perspectives :

POTENTIEL INTELLECTUEL

La première perspective concerne le potentiel intellectuel. Un individu qui présente un retard mental moyen ou profond n'aura pas le même degré d'éveil aux stimulations environnantes qu'un autre individu qui n'en présente pas. Pour avoir accès aux autres aspects de l'attention, il faut tout de même avoir un certain éveil des sens.

Tous les aspects de l'attention sont sensibles aux facteurs externes tels le degré d'information qu'a l'individu relativement au stimulus et l'intensité de la stimulation. Ils sont aussi sensibles à des facteurs internes à l'individu comme les stratégies de gestion de l'information, les habiletés de traitement et la capacité d'habituation aux stimuli concurrents (Gagné, 1996).

TYPES D'ATTENTION

Les récentes recherches tendent toutes à définir l'attention en fonction de composantes plutôt qu'en fonction de termes uniques. Savoir différencier les différents aspects qui composent l'attention permet une meilleure compréhension de même qu'une meilleure description des difficultés. Ainsi, l'intervention peut être plus précise.

Il faut mentionner que le vocabulaire diffère selon l'école de pensée. En effet, on n'emploiera pas nécessairement le même vocabulaire en neuropsychologie qu'en psychologie cognitive. Dans le cadre du présent document, nous avons dû faire un choix quant aux composantes à présenter. Voici donc certaines composantes de l'attention mentionnées dans la littérature.

- **L'éveil ou alerte :** « L'éveil est cet état de conscience qui nous caractérise quand nous passons du sommeil à l'éveil. Il fait référence à une ouverture sensorielle sur le monde qui nous entoure » (Goudreau et Poulin, 1996). En neuropsychologie, on définit cet état comme : « une mobilisation énergétique minimale de l'organisme qui permet au système nerveux d'être réceptif de façon non spécifique à toute information » (Lussier et Flessas, 2001). L'éveil est une ouverture des sens sur l'environnement. En fait, c'est la condition principale à l'attention, car pendant le sommeil on ne peut porter attention aux stimuli qui nous entourent. Il faut donc être éveillé avant de pouvoir utiliser nos autres capacités attentionnelles.

- **L'attention sélective ou focalisée :** L'attention sélective est la capacité qu'une personne a de sélectionner un stimulus parmi d'autres, de façon consciente ou non, comme le centre de son attention. Ce processus implique un tri d'information et une fermeture sensorielle envers les stimuli qui ne sont pas retenus comme importants ou pertinents. En classe, par exemple, l'attention sélective permet à l'élève de diriger son attention vers la voix de l'enseignant tout en ignorant son voisin qui bouge sur sa chaise, l'autobus qui passe dans la rue ou les élèves qui circulent dans le corridor. Ainsi, il a accordé l'importance au stimulus que représente l'enseignant et s'est fermé aux autres stimuli jugés comme secondaires et non pertinents.

- **L'attention maintenue ou soutenue :** Ce type d'attention est lié à l'attention sélective, car il permet, une fois que le stimulus est sélectionné, de maintenir cette sélection pendant une période de temps variant de 15 à 30 minutes, dans un contexte où il n'y a pas apparition de distractions particulières. C'est le processus qui permet de persévérer dans une tâche, indépendamment du degré de difficulté. On mesure ce type d'attention dans le cadre de tâches monotones et faciles comme les tâches d'annulation, pour lesquelles le défi n'est pas la complexité de la tâche mais bien la durée de l'activité. L'attention soutenue permet donc au jeune de se concentrer sur une tâche et de la terminer dans un délai raisonnable, malgré la présence de petites distractions.

- **L'attention partagée ou divisée :** L'attention partagée fait intervenir la capacité de traiter simultanément deux ou plusieurs types d'information. Elle permet en fait de faire deux tâches de façon concomitante avec succès, par exemple écouter des explications tout en prenant des notes. Le danger associé de ce type d'attention réside dans le fait que le traitement des éléments ciblés soit moins bon que s'il s'était fait séparément. Or, si l'une des activités a déjà fait l'objet d'un apprentissage antérieur, la réussite des deux activités sera meilleure puisque l'une des activités sera automatique, demandant moins d'énergie attentionnelle, alors que l'autre sera intentionnelle, demandant davantage d'attention (Lussier et Flessas, 2001). Autrement dit, un individu pourra exécuter deux tâches en obtenant un meilleur succès si l'une des deux tâches peut se faire de façon automatique, sans que l'individu ait à y accorder beaucoup d'attention. C'est un élément d'importance car, en milieu scolaire, l'élève est souvent amené à utiliser l'attention partagée quand il doit prendre des notes tout en portant attention aux explications qui les accompagnent. Or on ne peut s'attendre à ce que des élèves de 1re année primaire puissent y arriver, car l'écriture n'est pas encore automatique. Ils n'ont pas assez de ressources attentionnelles pour écrire et écouter simultanément. L'écriture leur demande trop d'attention pour qu'ils puissent simultanément en réserver pour une autre tâche.

- **La vigilance :** La vigilance est la capacité de reconnaître un stimulus attendu, parmi d'autres stimuli, au cours d'une tâche d'une certaine durée. Ce stimulus attendu fait appel à un autre sens que celui qui est utilisé lors de la tâche en cours. Même si notre attention est dirigée vers un stimulus quelconque lors d'une tâche, nous gardons un certain éveil envers ce qui nous entoure. Notre radar reste en fonction, même si nous sommes concentrés sur un travail. La vigilance nous permet, par exemple, d'entendre une sonnette d'alarme alors que nous sommes en train de remplir une tâche écrite, ou encore d'entendre l'enseignant donner le signal d'arrêt lors d'un examen. La vigilance permet de porter attention à un stimulus attendu et non de se laisser distraire par un autre stimulus non pertinent et inattendu. C'est un processus qui peut être volontaire, alors que la distraction est involontaire.

- **La plasticité :** La plasticité fait référence à la capacité d'effectuer un changement dans le mode d'activité. C'est cette plasticité qui nous permet d'arrêter une activité en cours pour en commencer une autre quand des signaux internes ou externes nous l'indiquent. Les personnes qui ont un déficit sur le plan de la plasticité auront énormément de difficulté à cesser une activité en cours ou n'arriveront qu'avec énormément d'effort à se mobiliser pour en débuter une nouvelle.

DÉFICITS DE L'ATTENTION

Certains aspects de l'attention doivent être abordés en fonction des déficits plutôt que des capacités.

Voici certains déficits abordés dans la littérature en regard des capacités attentionnelles.

- **La distractivité interne :** La distractivité interne fait référence à l'état dans lequel une personne se trouve lorsqu'elle est dans la lune. Cet état peut être conscient ou non. En fait, la personne se laisse distraire par des pensées qui peuvent être organisées ou non. Par exemple, elles peuvent concerner des projets en cours ou des inquiétudes. Les pensées peuvent aussi être désorganisées comme des images qui défilent, sans liens entre elles. Dans un cas comme dans l'autre, ce manque de contrôle sur ces pensées non rattachées à la tâche en cours interfèrent avec cette dernière et sont une cause de distraction pour la personne. La distractivité interne peut aussi prendre le visage d'un enfant qui joue avec ses doigts ou des objets près de lui. Ces objets deviennent partie intégrante de l'histoire ou du jeu imaginaire en cours.

- **La distractivité externe :** Cette distractivité apparaît lorsqu'un individu se laisse distraire par des stimuli externes et non pertinents à la tâche en cours et n'arrive plus à en décrocher pour revenir à l'activité en cours. On la remarque fréquemment chez les jeunes ayant un TDAH quand ils se retournent au moindre bruit dans la classe : un crayon qui tombe, un oiseau qui passe près de la fenêtre ou un voisin qui discute avec un autre.

FONCTIONS EXÉCUTIVES

Cette quatrième perspective réfère à l'une des théories les plus documentées, soit celle de Russel A. Barkley, qui traite du TDAH en relation avec le concept de l'autocontrôle. Selon lui, les difficultés qu'éprouvent les individus ayant un TDAH découlent toutes d'un problème primaire : une grande difficulté à inhiber une réponse ou à maîtriser l'impulsion de répondre à la situation, qui a pour conséquence une difficulté à utiliser un délai de réponse. Cette difficulté affecte directement l'utilisation des quatre fonctions exécutives suivantes, énoncées par Bronowski (1967-1977) et reprises par Barkley (1993).

- **Prolongation de l'événement :** Cette fonction nous permet de conserver une représentation mentale d'une situation, de l'observer et de l'étudier, même si celle-ci a disparu de l'environnement externe. La prolongation aide d'abord l'individu à mieux comprendre la situation, puis elle lui permet d'élaborer un plan d'action. Ainsi, en comparant cette expérience avec des expériences similaires passées, on peut formuler des hypothèses quant aux conséquences de différentes réponses possibles. Cette fonction nous permet de développer un sens temporel en faisant appel autant aux expériences passées qu'aux hypothèses de conséquences futures. En fait, c'est ce qui nous permet d'avoir une meilleure idée de ce que devrait être notre réponse dans une situation donnée.

- **Séparation des faits et des émotions :** Cette habileté permet la séparation de l'information en deux parties : les faits et les émotions. En séparant nos sentiments personnels ou nos réactions émotionnelles de l'information observée, on peut étudier les faits de façon objective et rationnelle sans avoir un biais émotionnel. Ainsi, il est plus probable de formuler une réponse adaptée qui se couronnera de succès que si on avait répondu immédiatement et passionnément à l'événement donné. L'autorégulation des émotions, comme on y fait parfois référence, permet aussi à l'individu de passer par-dessus ses impulsions pour diriger ses actions vers un but et les orienter en fonction d'une récompense plus éloignée.

- **Langage intérieur :** Cette fonction, propre à l'humain, s'observe lorsqu'on se parle intérieurement et permet de se contrôler. Le langage en général a quatre fonctions importantes : échanger des messages avec les autres, ce qui peut servir à modifier notre comportement et celui des autres; communiquer aux autres, surtout aux générations futures, les connaissances sur le monde; se parler afin de contrôler notre comportement et de se motiver; inventer de nouvelles règles à suivre lorsque nous devons faire face à un problème (Barkley, 1994). C'est ce langage interne qui nous aide à mieux nous préparer pour le futur et même à créer ce futur, jusqu'à un certain point, en dirigeant nos actions. C'est ce qui nous permet de réfléchir sur nos actions passées et d'en trouver des solutions créatives en réorganisant l'information recueillie, malgré l'absence d'expériences passées similaires. Ce langage intérieur commence à se développer vers l'âge de 6 ans pour être complété vers l'âge de 12 ans. Il est donc normal qu'on observe des variations de ce langage selon l'âge de développement où est rendu l'enfant. On ne peut s'attendre à la même qualité de discours interne à 8 ans et à 14 ans.
- **Reconstitution :** Cette habileté est liée au discours interne et se divise en deux parties : l'habileté à décomposer l'information ou les messages reçus en parties (analyse) et réorganiser ces parties en de nouveaux messages ou consignes (synthèse). En fait, cette fonction fait référence à l'habileté à décomposer les messages en éléments et à les analyser afin d'en arriver à une synthèse pour répondre adéquatement à l'événement en question. Cette procédure permet d'expérimenter les réponses possibles avant d'en sélectionner une (Lemieux et Robitaille, 1995).

BARKLEY, R. A. *ADHD and the Nature of Self-Control*, New York, Guilford Press, 1997.

BARKLEY, R. A. « A New Theory of ADHD », *ADHD Report, New York*, vol. 1, nº 5, 1993.

BARKLEY, R. A. « More on the New Theory of ADHD », *ADHD Report, New York*, vol. 2, nº 2, 1994.

GAGNÉ, Pierre-Paul. « Être attentif, ça s'apprend : volet 2 : caractéristiques de l'attention et outils d'intervention », *Orthographe Plus*, vol. 8, nº 2, printemps 1996.

GOUDREAU, R. *L'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant un TDAH : une perspective développementale, des cibles à privilégier et une bonne organisation des services*, conférence, Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, mai 2000.

GOUDREAU, R., et P.-P. POULIN. *Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : cadre de référence théorique*, document de travail, 1996.

LEMIEUX, B., et C. ROBITAILLE. *Y a-t-il un déficit de l'attention dans le trouble déficitaire de l'hyperactivité ?*, traduction de R. A. Barkley, *Is There an Attention Deficit in ADHD ?*, ADHD Report, New York, vol. 3, nº 4, 1995.

LUSSIER, F., et J. FLESSAS. *Neuropsychologie de l'enfant : troubles développementaux et de l'apprentissage*, Paris, Dunod, 2001.

ROBITAILLE, C. *Mieux comprendre pour mieux intervenir*, document de formation, Québec, 2000.

CONNAISSANCES

Manifestations principales et secondaires

Comme plusieurs autres troubles psychologiques, le TDAH se distingue par des caractéristiques comportementales et psychologiques qui lui sont associées. On peut cependant faire une distinction entre des manifestations principales et des manifestations secondaires. On entend par manifestations principales les comportements et attitudes qui découlent directement des déficits du TDAH. Les manifestations secondaires, quant à elles, sont plutôt des conséquences des manifestations principales. La plupart ne sont pas exclusivement liées au TDAH et peuvent être liées à bien d'autres troubles.

MANIFESTATIONS PRINCIPALES

Suivant le type de TDAH, inattentif, hyperactif-impulsif ou mixte, on peut observer certains comportements ou attitudes propres à chacun de ces types. Le DSM-IV énumère les critères qui sont propres à l'échelle d'inattention et à l'échelle d'hyperactivité-impulsivité et qui constituent les manifestations principales du trouble. Beaucoup d'auteurs sur le sujet ont remarqué, parallèlement à ces critères diagnostiques, des manifestations générales plus fréquentes chez les personnes ayant un TDAH. Certaines de ces manifestations sont associées au type hyperactif-impulsif et d'autres sont plus fréquentes à l'intérieur du type inattentif. Un éventail de caractéristiques peut toutefois s'appliquer à tous les types de TDAH.

Selon le Dr Thomas E. Brown (1996), cinq déficits sont présents beaucoup plus fréquemment chez les personnes ayant un TDAH que chez les autres.

- **Difficulté à se mettre au travail et à s'organiser :** Ils ont souvent tendance à remettre leur travail au lendemain pour faire toute autre chose qui leur semble plus intéressant. Il est difficile pour eux de mobiliser leur énergie afin de se mettre au travail, surtout si la tâche représente peu d'intérêt pour eux ou demande un effort mental soutenu. Gérer leur agenda, apporter les bons manuels pour leurs devoirs et remettre les devoirs à temps sont tous des aspects particulièrement ardus pour eux. De plus, ils ont tendance à faire de fréquents oublis, et ce, dans tous les domaines (objets, consignes).
- **Difficulté à maintenir leur concentration :** Pendant les tâches qui représentent moins d'intérêt ou qui demandent un effort mental soutenu, le jeune éprouve beaucoup plus de difficulté à ignorer les différents distracteurs dans son environnement, qu'ils soient d'origine interne ou externe.
- **Difficulté à maintenir un effort au travail, à centrer leur énergie sur une tâche :** Maintenir une attention soutenue demeure un défi d'importance. Devant une tâche demandant un effort mental, l'enfant aura tendance à se fatiguer vite et sera davantage sujet à la rêverie. Il perd très vite son intérêt pour une activité, même si cette dernière peut *a priori* lui sembler intéressante. Il peut sauter d'une activité à l'autre sans en terminer une. Il aura donc beaucoup de mal à terminer une tâche. Cependant, étant donné le degré élevé de stimulation externe de certains jeux vidéo, il est beaucoup plus facile pour le jeune de rester concentré sur ce type d'activité.
- **Déficit de la mémoire de travail à court terme :** Il est difficile pour le jeune de se rappeler de l'information à court terme. C'est pourquoi il n'arrive pas à accomplir des tâches qui comportent plusieurs étapes. Souvent, il n'en fera qu'une partie et oubliera le reste. Il éprouve de la difficulté en lecture, car il a beaucoup de peine à se souvenir de la phrase précédente. Il perd vite le sens du texte.

D'autres auteurs mentionnent les déficits suivants :

- **Difficulté à suivre les règles et les consignes :** Que ce soit par distractivité ou par impulsivité, il arrive très souvent que le jeune soit sur la mauvaise route. Par oubli, inattention ou une trop grande réactivité, il n'arrive pas facilement à respecter les consignes que la majorité de ses pairs ou autres membres de sa famille suivent. Des répétitions constantes sont de mise afin de l'aider à suivre les consignes.
- **Incapacité à modifier son attitude ou son comportement à la suite d'une conséquence négative :** Peu importe la conséquence que l'enfant reçoive à la suite d'un comportement inadéquat, il a une forte tendance à répéter celui-ci. Il semble avoir beaucoup de difficulté à emmagasiner dans sa mémoire les actions passées et leurs conséquences afin de ne pas répéter une même erreur.

- **Mauvaise perception du temps et de l'espace :** Pour beaucoup d'entre eux, il est très difficile de se situer dans le passé ou le futur. Le présent est, et reste, prédominant. C'est pourquoi les conséquences positives ou négatives données à retardement sont peu efficaces. Ils vivent dans le moment présent : il y a le maintenant et c'est tout. L'organisation de l'espace est aussi difficile. On remarque qu'ils sont souvent désorganisés et semblent ne pas prendre soin de ce qui leur appartient.

Le jeune présentant un TDAH de type hyperactif-impulsif est celui que l'on remarque le plus en raison de ses comportements envahissants. Les principales caractéristiques de ce type sont les suivantes :

- **Une agitation excessive :** L'enfant semble mû par un moteur en perpétuel mouvement. En classe, il est facilement repérable, car il a beaucoup de difficulté à rester assis. Plus souvent qu'autrement, on le retrouvera debout ou dans des positions inappropriées. Dans d'autres environnements, il sera tout aussi turbulent, surtout s'il doit rester immobile pendant une certaine période de temps.
- **Une grande difficulté à attendre son tour :** Que ce soit dans le cadre d'un jeu ou d'une discussion, le jeune aura du mal à attendre. Il aime bien la gratification immédiate et se lancera dans une discussion ou une activité sans même vérifier si c'est le bon moment. C'est le type d'enfant qui répond aux questions avant même qu'elles soient formulées en entier. C'est aussi lui qui parle le plus fort afin de s'assurer que son opinion est entendue. Il peut se mettre en action avant que les consignes ne soient toutes données.
- **Une intolérance marquée à la frustration :** Souvent, nous avons l'impression que les émotions de ces jeunes sont à fleur de peau. Dans une situation frustrante, ils réagiront instantanément. Une fois la crise passée, par contre, tout est oublié en un rien de temps.
- **Une distractivité externe importante :** Le jeune est très facilement distrait par tout stimulus présent dans l'environnement. Un simple bruit est suffisant pour le distraire de la tâche à laquelle il vaquait.
- **Une vitesse d'exécution très rapide au détriment de la qualité :** Souvent, le jeune sera le premier à terminer une tâche. Il devra pourtant la recommencer, car il n'a pas suivi la consigne, les erreurs sont trop nombreuses ou le résultat est de piètre qualité. C'est difficile pour lui de prendre son temps. Il semble n'avoir que deux vitesses : arrêté et très vite. Cet aspect peut aussi se remarquer dans les déplacements qui se font souvent à la course ou à la marche rapide, peu importe si c'est approprié ou non. Il arrive que la qualité de l'exécution motrice soit diminuée. Le jeune peut chuter fréquemment, se cogner ou écrire malproprement. Il faut être vigilant et se demander s'il y a une réelle maladresse motrice, un pauvre contrôle postural ou une recherche sensorielle sous-jacente.

Les enfants présentant un TDAH de type inattentif ne se feront pas remarquer autant que ceux du type hyperactif-impulsif. Plus souvent qu'autrement, ces enfants sont facilement oubliés en raison de leur sous-réaction. On peut les reconnaître par les traits suivants :

- **Une distractivité interne importante :** Ces enfants sont fréquemment dans la lune. Leur monde imaginaire semble faire compétition avec le monde réel. Si la situation extérieure n'est pas suffisamment stimulante, ils en trouveront une dans leur monde intérieur. Des pensées de toutes sortes, structurées ou non, surgiront de leur esprit et nuiront à l'exécution de la tâche en cours.
- **Déficit de l'attention sélective :** Il est difficile pour le jeune souffrant d'inattention de sélectionner, parmi diverses stimulations concomitantes, la stimulation importante. Dans une classe, par exemple, si un autobus passe dans la rue, deux élèves discutent, un autre échappe son crayon et l'enseignant donne une explication, il sera très difficile pour ce jeune de répertorier et de sélectionner le stimulus le plus important, soit l'explication de l'enseignant.
- **Déficit de l'attention partagée :** Ce déficit fait référence à une grande difficulté à accomplir deux tâches simultanément. Un enfant présentant des faiblesses sur le plan de l'attention partagée sera incapable de prendre des notes pendant que des explications sont données. Il n'est pas en mesure d'écouter et d'écrire en même temps.
- **Tendance à la sur-persévérance :** Il arrive qu'un individu, une fois engagé dans une activité qui l'intéresse, n'arrive plus à en sortir alors que la situation l'impose. C'est ce qu'on appelle la sur-persévérance.

MANIFESTATIONS SECONDAIRES

Les manifestations principales ont aussi un incidence secondaire sur le développement de la personnalité de l'individu présentant un TDAH. C'est justement ce qu'on appelle les manifestations secondaires.

Voici donc les principales manifestations secondaires mentionnées dans la littérature :

- **Estime de soi faible :** On note cet aspect principalement lors des conflits ou des situations frustrantes dans lesquels le jeune se déprécie. Les attentes irréalistes qu'il s'impose, les conséquences négatives beaucoup trop fréquentes auxquelles il est exposé et une tendance au pessimisme contribuent à maintenir ce manque d'estime personnelle.
- **Problèmes affectifs divers :** On remarque souvent chez ces enfants une faible tolérance à la frustration. Ils peuvent aussi présenter des humeurs dépressives et un tempérament explosif.
- **Tendance à la fabulation :** Puisqu'ils ont de la difficulté à se souvenir des événements passés, certains jeunes inventeront des histoires pour pallier le fait qu'ils ne se souviennent pas de ce qu'ils ont fait précédemment. Pour ceux qui sont davantage du type inattentif, le monde imaginaire est une source abondante de gratification et ils s'y réfugient fréquemment lors des situations peu stimulantes ou anxiogènes. Dans certains cas, cette imagination débordante constitue une force pour le jeune, surtout lors des activités créatrices telles que les productions écrites et les arts plastiques.
- **Tendance à la négation de la responsabilité :** Dans un conflit quelconque, il arrive souvent que l'enfant ayant un TDAH nie toute responsabilité, même s'il est en présence de témoins qui confirment les faits. La négation peut se propager sur l'existence de leurs erreurs. La réponse la plus employée reste : « Ce n'est pas moi ! Je n'ai rien fait ! » Ils en viennent même à y croire.
- **Difficulté à percevoir et à évaluer le danger :** Cet aspect est souvent présent chez les individus dont l'inattention ou l'impulsivité est forte. Ils se lancent souvent dans des activités sans en évaluer le potentiel de dangerosité. Ils peuvent se retrouver alors dans des situations inconfortables pour eux, autant sur le plan physique qu'émotionnel. Parfois, ils le font parce qu'ils ont de la difficulté à s'organiser sur le plan moteur ou spatial. Cette caractéristique peut aussi être une force. En effet, beaucoup de ces jeunes deviennent performants dans certains sports présentant un degré de risque plus élevé, comme le ski acrobatique ou la planche à neige « style libre », ou encore dans d'autres activités pouvant être associées aux sports extrêmes. Ces activités permettent à certains d'entre eux d'obtenir du succès et d'acquérir un sentiment de compétence.
- **Alternance entre l'inhibition et la désinhibition :** Il arrive qu'un jeune ayant un TDAH soit plutôt retiré à l'école ou dans une situation nouvelle, alors qu'à la maison, c'est tout le contraire. Il se peut également qu'en présence d'un parent il montre beaucoup de retenue et qu'en présence de l'autre, il devienne trop familier. Ce même phénomène peut se produire lors de la visite chez le clinicien, au cours de laquelle le jeune peut se comporter de façon inhibée ou désinhibée.
- **Conflits fréquents avec les pairs :** Étant donné leur grande impulsivité, ces enfants sont très souvent instigateurs ou cibles des conflits avec leurs pairs. Leur vie sociale est parsemée d'embûches de toutes sortes et ils cheminent plus souvent qu'autrement dans la solitude. Les autres ont souvent tendance à les rejeter à cause de leurs réactions souvent agressives, de leur impulsivité et de leur difficulté à suivre les règles.
- **Lenteur d'exécution :** La distractivité importante que peut présenter le jeune vient interférer avec l'exécution du travail. L'enfant est si souvent dans la lune ou occupé à autre chose que, très souvent, il n'arrive pas à suivre le rythme des autres. Il est très fréquent qu'il termine après tout le monde ou bien qu'il n'ait pas le temps de terminer la tâche et doive la compléter à la maison. Certains enfants peuvent aussi éprouver une difficulté motrice ou une difficulté d'organisation qui explique la lenteur dans certaines tâches. Dans ces cas, leur lenteur d'exécution doit être prise en compte pour fixer les exigences à leur égard.
- **Retrait social :** Il arrive que ces jeunes soient retirés socialement. Cette situation est parfois due au rejet des pairs, en raison de comportements inadéquats. Elle peut être aussi due à un manque d'habiletés sociales. En effet, un enfant qui est souvent distrait ne crée pas facilement de liens avec les autres, car il n'est pas toujours ouvert à son environnement. Il peut alors difficilement percevoir et répondre aux signaux que les autres lui envoient.

Il est essentiel de préciser qu'aucun enfant présentant un TDAH ne manifeste tous les symptômes mentionnés ci-dessus. Chaque jeune a un profil propre, avec ses forces et faiblesses, qui le distingue et le différencie des autres. Certaines caractéristiques peuvent être vues comme des faiblesses dans un type d'activité, mais aussi comme des forces dans d'autres. Par exemple, un enfant plutôt solitaire peut éprouver des difficultés lors des activités de groupe, mais aussi exceller dans des activités qui demandent plus d'autonomie. De la même façon, un enfant qui prend des risques peut exceller dans les sports extrêmes, mais il peut aussi causer des problèmes lors des cours d'éducation physique s'il ne suit pas les consignes de sécurité. Prendre en considération cette particularité est essentiel à la compréhension de la problématique de même qu'à la mise en place d'une intervention efficace.

RÉFÉRENCES : **MANIFESTATIONS PRINCIPALES ET SECONDAIRES**

DULCAN, M. « Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescent and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, octobre 1997.

JOLICOEUR, C. *À propos de l'hyperactivité infantile*, [en ligne], 1994-2000.

ROBITAILLE, C. *Compréhension du trouble déficitaire de l'attention avec prédominance du déficit de l'attention*, traduction de l'article de Thomas E. Brown, Attention Deficit Disorder, Predominantly Inattentive Type, dans Children and Adults with Attention Deficit Disorders (facts 9), 1999.

ROBITAILLE, C. *Interview avec Thomas E. Brown*, *Psychologues Québec*, Montréal, été 1996.

CONNAISSANCES

Prévalence

Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité est le trouble le plus fréquemment diagnostiqué auprès des enfants d'âge scolaire (Dulcan, 1997). Selon le DSM-IV-TR (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, version 4, texte révisé*), environ 3 à 7 % de ces enfants en souffrent. Certaines recherches révèlent une prévalence variant même de 3 à 18 %.

Szatmari, Offord et Boyle (cités dans *le Rapport du comité-conseil sur le TDAH et sur l'utilisation de stimulants du système nerveux central*), mentionnent quatre sources explicatives de cette variation.

- **Les symptômes du trouble :** Les différents auteurs des recherches sur le sujet du déficit de l'attention et de l'hyperactivité ne se basent pas tous sur les mêmes symptômes pour décrire le trouble.
- **Les méthodes collectives de l'information :** Les méthodes utilisées afin de recueillir l'information diffèrent d'une étude à l'autre. Certaines privilégient les questionnaires, d'autres les observations directes ou les entrevues.
- **Les sources d'information :** Les sources à partir desquelles l'information est recueillie diffèrent aussi. En effet, les auteurs sollicitent la collaboration soit des parents, des enseignants, des cliniciens, ou bien des enfants eux-mêmes.
- **Restriction des critères diagnostiques :** Certains chercheurs incluront dans leur groupe expérimental tous les sujets répondant aux critères, peu importe la présence d'une comorbidité ou non, alors que d'autres se limiteront aux sujets répondant uniquement aux critères diagnostiques du trouble sans présence de comorbidité. De plus, le seuil de résultats aux épreuves auquel on se réfère pour admettre les sujets aux études peut varier.

Il faut mentionner qu'il y a des milieux où la prévalence peut être plus élevée. Cette situation n'est pas due aux facteurs mentionnés ci-dessus, mais plutôt à une concentration exceptionnellement plus élevée d'individus présentant un TDAH dans un milieu donné. Divers facteurs sociaux peuvent expliquer cette situation.

La proportion des jeunes ayant un TDAH de type inattentif n'est pas établie clairement, mais ils représenteraient environ un tiers de tous les jeunes ayant un TDAH (Brown, 1996).

La majorité des études indiquent que la prévalence du trouble est plus grande chez les garçons que chez les filles. Les lignes directrices sur l'utilisation des SSNC (2000) donnent une proportion de 6 à 9 garçons présentant un TDAH pour une fille. D'autres auteurs révèlent une proportion de 3 à 4 garçons pour une fille (Brown, 1996; Jolicoeur, 2000).

Une recherche de Cohen et ses collaborateurs (1999), menée auprès d'enfants de différentes commissions scolaires du Québec et traitant de l'utilisation de stimulants du système nerveux central, a rapporté un taux de consommation de 4,6 % chez les élèves du primaire, avec une proportion de 3,7 garçons pour une fille. Selon cette même recherche, les différences entre les sexes s'accentuent entre la 1re et la 4e année du primaire. Alors que le taux de consommation chez les filles reste sensiblement le même, celui des garçons augmente avec les années scolaires. Les auteurs suggèrent, pour expliquer cette situation, que les problèmes comportementaux des garçons sont traités différemment de ceux des filles. Il semble que l'on a davantage recours à la médication comme moyen de traitement pour les garçons que pour les filles.

Selon le *Rapport du comité-conseil sur le TDAH et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*, qui cite des auteurs sur le sujet, « les garçons présentent plus de symptômes d'hyperactivité/impulsivité et de troubles oppositionnels que les filles qui, elles, présentent plus souvent une problématique attentionnelle, ce qui pourrait expliquer le nombre de consultations plus élevé chez les garçons ». En fait, il semble que les garçons présentent un portrait de symptômes extériorisé, alors que celui des filles semble davantage intériorisé. Si les garçons consultent plus souvent que les filles, on peut s'attendre à ce que le nombre de prescriptions de médication soit lui aussi plus élevé.

Selon le Dr Geoffroy de l'hôpital Sainte-Justine, 50 à 75 % des consultations en neuropsychiatrie, en psychologie et en pédopsychiatrie sont faites par des personnes présentant le TDAH. Les données de l'Intercontinental Medical Statistics (IMS) indiquent que 64 % des consultations pour le TDAH ont mené à la recommandation d'une médication (cité dans *Les Lignes directrices*, 2000).

Toutes ces données viennent donc corroborer et expliquer pourquoi le taux de consommation de psychostimulants, en particulier chez les garçons, a augmenté au cours des dernières années. La hausse des consultations à cet égard ainsi qu'un raffinement des critères diagnostiques ont probablement contribué à cette augmentation.

La situation en Amérique du Nord est toutefois différente de la situation en Europe. Selon une recherche effectuée par Cohen et Collin, les déficits de l'attention ou l'hyperactivité sont diagnostiqués plus rarement en Europe. Ils suggèrent que l'utilisation de critères diagnostiques différents de ceux utilisés en Amérique (CIM-10 en Europe versus DSM-IV en Amérique) peut expliquer cette différence. Barkley appuie cette hypothèse en stipulant que le choix des instruments de définition du trouble peut expliquer une variation du nombre d'enfants diagnostiqués selon les différents milieux (cité dans le *Rapport du comité-conseil sur le TDAH et sur l'usage des stimulants du système nerveux central*, 2000). Il mentionne d'autres facteurs pouvant expliquer de telles variations comme les instruments de mesure, la population étudiée, la situation géographique et le degré d'accord requis entre les parents, les enseignants et les autres intervenants questionnés. Mann et ses collaborateurs (1992) affirment, quant à eux, que l'appartenance culturelle des évaluateurs peut aussi être un facteur de variation de la prévalence entre les pays, car les professionnels perçoivent différemment les critères diagnostiques, même si le même outil est utilisé. Il reste que, peu importe le fait que la prévalence diffère selon les appartenances culturelles ou les continents, le trouble est présent dans tous les pays où il a été étudié (Barkley, 1998).

RÉFÉRENCES : PRÉVALENCE

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., text revised, APA, 2001.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, [en ligne], Consensus Statement Online, 1998, novembre 16-18; 16 (2): 1-37.

BARKLEY, R. A. « The Prevalence of ADHD: Is it Just a U. S. Disorder? », *The ADHD Report, New York*, vol. 6, nº 2, avril 1998.

BROWN, T. *Attention Deficit Disorder, Predominantly Inattentive Type, Children and Adult with Attention Deficit Disorders*, facts 9, 1996.

COHEN, D., Irma CLAPPERTON, Pauline GREF, Yves TREMBLAY, et Sylvie CAMERON. *Déficit d'attention/hyperactivité: perceptions des acteurs et utilisation des psychostimulants, Rapport d'enquête*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval, 1999.

COHEN, D., et J. COLLIN. *Les toxicomanies en lien avec les médicaments psychotropes chez les personnes âgées, les femmes et les enfants: recension et analyse des écrits*, rapport soumis au Groupe de travail sur la prévention de la toxicomanie, Montréal, Université de Montréal, novembre 1997.

DÉCARIE, S. *Un enfant comme les autres, et pourtant différent*, Santé, octobre 1993.

DULCAN, M. « Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescent and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, octobre 1997.

GAGNÉ, D. *Vivre avec un enfant qui a un déficit d'attention*, [en ligne], apamm.endirect.qc.ca, 1999.

GOUDREAU, R., et P.-C. POULIN. *Déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité: cadre de référence théorique*, Document de formation, Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, 1996.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Rapport du comité-conseil sur le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*, Québec, gouvernement du Québec, 2000.

JOLICOEUR, C. *À propos de l'hyperactivité infantile*, [en ligne], AELCA, 1994.

ROBITAILLE, C. *Interview avec Thomas E. Brown*, Psychologie Québec, Québec, été 1996.

CONNAISSANCES

Étiologie

L'étiologie est l'étude des causes et des origines d'un trouble. Il n'existe pas de modèle théorique unique qui explique la provenance ou les causes du TDAH. Pour plusieurs, le TDAH n'est pas le résultat d'une seule étiologie, mais plutôt une résultante de plusieurs étiologies (Barkley, 1981). Cependant, dans plusieurs cas, l'information relative à l'étiologie a peu d'importance, puisqu'elle n'est pas directement liée au choix d'un traitement.

Dans bien des recherches, les résultats s'avèrent peu concluants, car bon nombre de chercheurs se basent sur des analyses de corrélation. Or on ne peut établir un lien de causalité uniquement à partir de comportements observés, ceux-ci pouvant être causés par d'autres pathologies similaires. De plus, la plupart des chercheurs ont étudié le TDAH en regroupant les trois sous-types sans les différencier. Cette façon de faire peut poser problème dans la recherche d'une étiologie commune (Massé, 1999).

Différents chercheurs ont abordé la problématique selon diverses approches théoriques, mais aucune, pour le moment, ne fait l'unanimité. Voici donc différentes hypothèses étiologiques du TDAH relevées dans la littérature.

HYPOTHÈSES NEUROBIOLOGIQUES

Malgré les difficultés expérimentales éprouvées dans les recherches de l'étiologie du TDAH, beaucoup de spécialistes dans ce domaine adhèrent à l'hypothèse d'une prédisposition biologique au trouble en raison de laquelle une diversité de problèmes neurologiques toucheraient le système nerveux central et donneraient naissance aux difficultés comportementales associées au TDAH (Massé, 1999).

Les premières études étiologiques du TDAH se basaient sur une approche neurobiologique. Pour la plupart des chercheurs du temps, les symptômes du trouble semblaient être liés à une atteinte quelconque au cerveau. En effet, au début du siècle, on a comparé des individus présentant un TDAH à ceux ayant subi une atteinte cérébrale. Les ressemblances observées ont mené à la conclusion que le TDAH devait être causé par une atteinte cérébrale.

Aujourd'hui, cette hypothèse est encore d'actualité, quoique nuancée. On ne peut plus faire de relation de cause à effet uniquement à partir de la symptomatologie. Les atteintes subies par le cerveau en période périnatale ou postnatale peuvent cependant expliquer, dans certains cas, le portrait clinique rattaché au TDAH.

- **Atteinte cérébrale :** Modèle basé sur les différentes recherches menées auprès des individus ayant subi une atteinte au cerveau, qui met en évidence le fait que ces individus présentent souvent les mêmes caractéristiques que celles associées au TDAH. Cette relation n'est cependant pas propre à l'hyperactivité, car les enfants atteints peuvent aussi développer des troubles d'autres natures comme des comportements hypoactifs (Rutter et coll., 1970, mentionné dans Dubé, 1992).

  Selon ce modèle, une atteinte au cerveau, surtout dans la région frontale, atténuerait le contrôle du comportement ainsi que l'attention. C'est pourquoi les enfants atteints développent un TDAH. La faiblesse de ce modèle tient au fait que bien des enfants diagnostiqués avec un TDAH ne présentent pas de lésions visibles. Alors comment expliquer la présence de ces symptômes ?

- **Complications périnatales :** Des chercheurs attribuent le TDAH à des complications à la naissance causant de fines lésions cérébrales. En effet, Towbin (1980) a observé chez des enfants prématurés des petites lésions dans les régions profondes du cerveau (mentionné dans Dubé, 1992). Nelligan (1976) appuie cette hypothèse à l'aide de ses observations sur des enfants prématurés ou ayant un petit poids à la naissance. Il a remarqué une plus grande incidence de troubles de comportement et d'hyperactivité avec distractivité chez ceux-ci. Selon Barkley, 10 à 15 % des individus ayant un TDAH présentent une atteinte cérébrale causée par des complications périnatales comme l'exposition à la cigarette ou à l'alcool. Il ajoute que 3 à 5 % des cas de TDAH ont subi des dommages cérébraux à la suite de complications postnatales comme l'infection, le traumatisme crânien ou l'anoxie (cité dans le *Rapport du comité-conseil sur le TDAH et sur l'usage de stimulants du système nerveux central, 2000*).

Cette approche rejoint la précédente en ce qu'elle affirme que les complications périnatales peuvent causer des lésions et ainsi modifier le comportement et les capacités d'attention. La faiblesse de cette explication résulte de recherches menées qui montrent que les complications à la naissance ne sont pas toujours de bons indices de l'apparition d'un TDAH (Nichols et Chen, 1980; Werner et Smith, 1977; Sameroff et Chandler, 1975, cités dans Dubé, 1992) et qu'une bonne proportion des individus présentant ce trouble n'ont pas subi de complications particulières à la naissance.

- **Lobe frontal :** Les adultes et quelques enfants ayant des lésions spécifiques au cortex préfrontal présentent souvent des déficits sur le plan de l'attention. Ils sont plus distraits et impulsifs et auront davantage de difficulté à suivre les règles. Ce portrait correspond aussi aux individus présentant un TDAH, mais la relation est encore faible et trop près de la coïncidence. Des études neuropsychologiques sont nécessaires pour prouver la relation directe entre ce trouble et une immaturité, une dysfonction ou une faiblesse exécutive liée au plan du cortex préfrontal (Barkley, 1981).

  De nombreuses recherches montrent en effet des similitudes entre les comportements hyperactifs des enfants et ceux de sujets, humains ou animaux, ayant subi des lésions dans la région préfrontale du cerveau. Ces similitudes sont trop fréquentes pour n'être que le résultat d'une coïncidence. Cette région est de plus en plus reconnue pour les connexions abondantes qu'elle établit avec les mécanismes d'éveil, les centres des émotions et les fonctions sensori-motrices. De surcroît, elle semble jouer un rôle important dans les processus d'inhibition, de contrôle, de planification et de régulation du comportement humain complexe, en plus d'être associée (ce dernier phénomène étant encore peu documenté pour le moment) aux capacités à maintenir l'attention sur une longue période de temps et à diriger l'action vers un but à moyen et à long terme (Barkley, 1981).

- **Dysfonctions cérébrales :** D'autres hypothèses ont été émises relativement à l'absence de lésions cérébrales chez les enfants présentant un TDAH. On a avancé l'hypothèse d'une dysfonction spécifique dans une région cérébrale comme explication des comportements hyperactifs. Des recherches font référence à une dysfonction dans la région frontale ou préfrontale du cerveau. Puisque ces régions sont fréquemment associées au contrôle et à la régulation de l'attention ainsi qu'à l'inhibition, et que des lésions dans ces régions sont souvent inexistantes, on en est venu à la conclusion qu'une dysfonction dans ces régions devait être à l'origine des difficultés associées au TDAH.

  Des recherches ont montré toutefois qu'environ 5 % des enfants ayant un TDAH présentent aussi des faiblesses neurologiques et que beaucoup d'enfants avec des faiblesses neurologiques claires ne manifestent pas les symptômes du TDAH (Rutter, Chadwick et Shaffer, 1983, mentionnés dans Braswell et Bloomquist, 1991).

  D'autres chercheurs ont associé le TDAH à une dysfonction du système réticulé. « Le système réticulé est un faisceau de fibres nerveuses reliant diverses parties du cerveau, du cortex à la partie supérieure de la moelle épinière » (Luria, 1980, cité dans Dubé, 1992). Cette partie du cerveau semble jouer un rôle dans les processus d'éveil, d'excitabilité et de contrôle des réponses aux stimuli. Selon ce modèle, une surexcitation du système réticulé pourrait entraîner une augmentation de l'éveil et du seuil d'excitabilité avec une diminution de la réponse aux mesures de renforcement, qu'elles soient positives ou négatives (Wender, 1971). Les enfants hyperactifs pourraient donc être victimes d'une surstimulation du système réticulé.

  Malheureusement, Barkley et Jackson (1977) n'ont pas pu faire de distinction entre les enfants hyperactifs et les autres quant au degré de stimulation du système réticulé. Cette hypothèse n'a pu être confirmée.

- **Immaturité neurologique :** Kinsbourne (1977, cité dans Braswell et Bloomquist, 1991) a avancé que le TDAH serait le résultat d'une immaturité neurologique, mettant l'accent sur le fait que le comportement de l'enfant TDAH serait normal pour un enfant plus jeune, plutôt que déviant peu importe l'âge.

  Anaspopoulos et Barkley (1988, cités dans Braswell et Bloomquist, 1991) ont évoqué eux aussi cette même hypothèse d'immaturité neurologique après avoir fait des observations sur les comportements sociaux, la durée de l'attention, le niveau d'activité et les résultats encéphalographiques d'enfants présentant un TDAH. Selon Braswell et Bloomquist (1991), cette immaturité doit se manifester de quelque façon sur le plan structural ou fonctionnel du cerveau. Ainsi, cette hypothèse serait en accord avec les données émergentes sur les dysfonctions de l'activité neurochimique dans des régions spécifiques du cerveau. De plus, on parlerait ici d'un retard de développement, ce qui laisse sous-entendre que des améliorations sont possibles avec le temps.

Quelles que soient les bases neurobiologiques, il apparaît de plus en plus clairement aux chercheurs qu'en raison de la complexité du fonctionnement du cerveau il est plus probable que plusieurs régions et leurs interactions soient en cause.

HYPOTHÈSES NEUROCHIMIQUES

Des hypothèses neurochimiques sont aussi émises comme modèles explicatifs du TDAH. Selon ces modèles, un débalancement des neurotransmetteurs serait la cause de ce trouble. Les trois substances neurochimiques les plus étudiées sont la dopamine, la sérotonine et la norépinéphrine. Des recherches sur des animaux ont montré qu'une diminution de ces neurotransmetteurs est associée à des comportements hyperactifs ou désorganisés ainsi qu'à une intolérance à la frustration (Le Moal et coll., 1977, Shaywitz; et coll., 1982).

Les résultats positifs obtenus par les psychostimulants dans le traitement des enfants ayant un TDAH appuient cette hypothèse. En effet, la médication semble augmenter le taux de neurotransmetteurs et la réceptivité à ceux-ci, notamment la dopamine et la norépinéphrine (Braswell et Bloomquist, 1991). Bien qu'aucun modèle concluant ne soit présenté dans les différentes recherches neurochimiques, plusieurs systèmes de neurotransmetteurs semblent être impliqués relativement au TDAH. Les médications les plus efficaces semblent être celles qui facilitent la synthèse et la libération des catécholamines, substances qui transmettent l'information d'un neurone à l'autre dans la synapse et qui bloquent la reprise par le neurone transmetteur.

Malgré les recherches prometteuses dans ce domaine, aucune conclusion définitive ne peut être tirée à ce moment. Les neurotransmetteurs, particulièrement la dopamine et la norépinéphrine, semblent jouer un rôle particulier, mais aucune région cérébrale ou dysfonction des neurotransmetteurs spécifiques ne peut expliquer adéquatement le portrait clinique du TDAH. Selon certains auteurs, la combinaison d'une dysfonction neurologique et d'un débalancement neurochimique pourrait agir sur l'apparition du TDAH.

HYPOTHÈSES GÉNÉTIQUES

Trois domaines de recherche soutiennent l'hypothèse selon laquelle des facteurs génétiques entrent en jeu dans l'apparition d'un TDAH à l'enfance : les études sur les familles, sur les jumeaux et sur les adoptions. Biederman et ses collaborateurs (1986) ont observé une plus grande incidence du TDAH dans les familles où un enfant présente un TDAH par rapport aux autres familles témoins. Si un parent présente le trouble, il y a 57 % de risque qu'un des enfants le développe également (Biederman et autres, 1995, cité dans Barkley, 1998). Une recherche de Faraone et autres (1992) conclut à la possibilité d'un gène défectueux comme cause du TDAH après avoir observé une distribution familiale du trouble. Selon eux, tous les porteurs de ce gène ne développent pas nécessairement le trouble : 46 % des garçons et 32 % des filles porteurs du gène développeraient un TDAH. L'hypothèse d'un gène responsable du trouble est toujours à l'étude. Les recherches futures approfondiront cette voie (*Rapport du comité-conseil sur le TDAH et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*, 2000). Des travaux récents orientent cependant les recherches vers différents gènes et leurs interactions, plutôt qu'une seule.

Les études sur l'adoption semblent appuyer l'hypothèse génétique. Morrison et Stewart (1973) ont comparé les parents adoptifs d'enfants ayant un TDAH avec les parents biologiques d'enfants ayant un TDAH. Ils ont remarqué que les parents adoptifs et leur familles immédiates ont un taux plus bas de comportements pathologiques que les parents biologiques.

Enfin, les études sur les jumeaux identiques sont aussi concluantes quant à la part d'hérédité dans le développement du TDAH. Selon Stevenson (1992 et 1994, cité dans Barkley, 1998), si un des jumeaux présente un TDAH, il y a 80 % de risque que l'autre en présente un également.

La présence d'une prédisposition génétique, dans certains cas, est donc très probable.

Hypothèse d'un syndrome de dysfonction exécutive

Cette approche associe le TDAH à un ou plusieurs déficits des fonctions exécutives. Les enfants présentant un TDAH partagent souvent les mêmes caractéristiques au regard des fonctions exécutives. Pour beaucoup d'entre eux, il est difficile de planifier et d'ordonner des comportements complexes, de porter attention à plusieurs éléments d'un problème simultanément, d'inhiber les réponses inappropriées, de percevoir le cœur d'une situation complexe, de résister aux distractions et aux interférences, de maintenir une réponse comportementale pendant une longue période de temps et de gérer son organisation dans le temps. Ces difficultés peuvent être associées à des dysfonctions exécutives qui dépendent du lobe frontal et de ses connexions subcorticales. Des recherches appuient le fait que les fonctions du lobe frontal seraient impliquées dans les processus d'attention, d'inhibition, d'autoévaluation et de contrôle du comportement social.

Barkley (1993, 1994 et 1997) a lui aussi élaboré une théorie étiologique du TDAH basée sur les fonctions exécutives. Selon lui, les capacités d'autoévaluation et de contrôle du comportement en fonction de règles intériorisées jouent un rôle dans les processus de l'attention et de l'inhibition. En fait, l'incapacité d'inhiber ou de retarder une réponse est à la base des difficultés rattachées au TDAH. Ce déficit majeur empêche l'individu d'avoir accès aux fonctions exécutives qui permettent l'autocontrôle du comportement et la poursuite d'objectifs à moyen ou à long terme.

Barkley mentionne quatre fonctions exécutives de base impliquées dans le TDAH : la séparation des faits et des émotions; la prolongation de l'événement; le langage intérieur; et la reconstitution. Si, au départ, l'individu n'arrive pas à mettre un délai entre la stimulation et la réponse, il ne peut avoir accès à ces fonctions et la réponse réflexe, inadéquate bien souvent, est son lot de tous les jours.

Barkley nuance, cependant, en indiquant que les individus présentant un TDAH ne sont pas incapables d'utiliser ces fonctions exécutives, mais leur difficulté à inhiber la réponse réflexe a pour conséquence une diminution de l'utilisation des fonctions exécutives pour analyser la situation et produire une réponse adéquate.

Hypothèses bioenvironnementales

Bien des facteurs bioenvironnementaux ont été étudiés en relation avec le TDAH. Certains ne donnent que de faibles résultats alors que d'autres sont plus concluants.

Facteurs diététiques

Les facteurs diététiques ont été beaucoup étudiés. Des études indiquent que le TDAH serait une réaction aux colorants, aux saveurs artificielles, aux agents de conservation et à une surconsommation de sucre raffiné. Malheureusement, les études suivies sur le retrait de ces agents dans l'alimentation d'enfants ayant un TDAH n'ont pas conclu à une amélioration clinique significative (Braswell et Bloomquist, 1991).

Empoisonnement au plomb

L'empoisonnement au plomb est un autre facteur associé au TDAH. On remarque un intérêt croissant envers ce facteur comme cause environnementale de ce trouble. Plusieurs chercheurs ont fait une association entre des taux élevés de plomb dans le sang et l'hyperactivité (mentionnés dans Braswell et Bloomquist, 1991). Selon les observations de McMichael et Baghurst (1988), plus le taux de plomb est élevé dans le sang, plus les scores aux mesures développementales de la mémoire, la perception et l'activité motrice sont faibles en ce qui concerne la maturité.

Consommation d'alcool et de tabac, ou toxicomanie

La consommation d'alcool et de tabac pendant la grossesse est un troisième facteur étudié en relation avec le TDAH. Les enfants des femmes qui consomment d'importantes quantités d'alcool pendant leur grossesse sont hautement à risque de présenter un syndrome alcoolo-fœtal. Les principales caractéristiques de ce syndrome sont un retard de croissance, une microencéphalie, un retard mental, certaines anomalies crâniofaciales, de l'hypotonie, de l'ataxie et de l'hyperactivité. Évidemment, ce trouble n'explique pas tous les cas de TDAH, mais peut jouer un rôle important pour une certaine proportion d'entre eux. Même une consommation modérée d'alcool pendant la grossesse risque de causer l'apparition de problèmes sur le plan attentionnel.

Même si le tabac n'a pas été autant étudié que l'alcool, certaines études montrent que fumer pendant la grossesse augmente le risque pour l'enfant de manifester de l'hyperactivité et des déficits de l'attention, de même que d'autres déficits intellectuels et de développement émotionnel (dans Braswell et Bloomquist, 1991). La consommation de drogue ou même de certains médicaments pendant la grossesse a aussi été associée à la présence du TDAH chez les enfants.

En 2002, l'équipe de Mick a fourni la preuve d'un lien direct entre la consommation d'alcool et de cigarettes pendant la grossesse et l'apparition du TDAH chez le jeune.

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX

Certains auteurs ont tenté, par le passé, de faire la distinction entre deux types d'hyperactivité : l'hyperactivité de nature physiologique et l'hyperactivité de nature psychologique. Ce dernier type d'hyperactivité découlerait de facteurs psychologiques tels que des dysfonctions familiales ou des difficultés personnelles (Welsser, 1989). De nos jours, les facteurs psychosociaux comme la pauvreté, la sous-stimulation, l'abus physique ou psychologique et une alimentation carentielle ne peuvent être considérés comme une cause du TDAH. Ces facteurs ont par contre une incidence sur la problématique, car ils peuvent précipiter ou aggraver les symptômes du TDAH. Si ces facteurs favorisent l'émergence de symptômes s'apparentant au TDAH, un diagnostic de trouble de l'opposition ou de la conduite, ou de toute autre pathologie doit être envisagé lors du diagnostic différentiel (*Rapport du comité-conseil sur le TDAH et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*, 2000).

BARKLEY, R. A., et T. L. JACKSON. *Hyperkinesis, Autonomic Nervous System Activity and Stimulant Drug Effects, Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 18, 1977.

BARKLEY, R. A. *ADHD and the Nature of Self-Control*, Guilford Press, 1997.

BARKLEY, R. A. *A New Theory of ADHD, ADHD Report, New York*, vol. 1, nº 5, 1993.

BARKLEY, R. A. More on the New Theory of ADHD, *ADHD Report. New York*, vol. 2, nº 2, 1994.

BARKLEY, R. A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : Handbook for Diagnosis and Treatment*, Guilford Press, 1981.

BARKLEY, R. A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : Handbook for Diagnosis and Treatment*, 2e édition, Guilford Press, 1998.

BIEDERMAN, J., et autres. « *A Family Study of Patient with Attention Deficit Disorder and Normal Controls* », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 20, 1986.

BRASWELL, B., et M. L. BLOOMQUIST. *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children : Child, Family and School Interventions*, Guilford Press, 1991.

DUBÉ, R. *Hyperactivité et déficit de l'attention chez l'enfant*, Montréal, Gaëtan Morin, 1992.

FARAONE, S. V., et autres. « Segregation Analysis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder », *Psychiatric Genetics*, vol. 2, 1992.

LE MOAL, M., et autres. « Behavioral Effects of a Lesion in the Ventral Mesencephalic Tegmentum : Evidence for Involvement of a 10 Dopaminergic Neurones », dans E. Costa et P. Greengard, *Advances in Biochemical Psychopharmacology*, vol. 16, Raven Press, 1977.

LOGE, D. V., D. R. STATON, et W. W. BEATTY. « Performance of Children with ADHD on Tests Sensitive to Frontal Dysfunction », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 29, 1990.

LURIA, A. *Higher Cortical Functions in Man*, Basic Books, 1980.

MASSÉ, L. « *Le déficit de l'attention/hyperactivité*, dans *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative* », Montréal, Gaëtan Morin, 1999.

MATTES, J. A. « The Role of Frontal Lobe Dysfunction in Childhood Hyperkinesis », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 21, 1980.

MCMICHAEL, A. J., et P. A. BAGHURST. « Port Pirie Cohort Study : Environmental Exposure to Lead and Children Abilities at the Age of Four Years », *New England Journal of Medecine*, vol. 319, 1988.

MICK, E., J. BIEDERMAN, J. PRINCE, M. FISHER, ET S. V. FARAONE. « Impact of Low Birth Weight on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder », *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 23, 16-22, 2002.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Rapport du comité-conseil sur le TDAH et sur l'usage de stimulants du système nerveux central*, Québec, gouvernement du Québec, 2000.

MORRISON, J. R., et M. A. STEWART. « The Psychiatric Status of the Legal Families of Adopted Hyperactive Children », *Archives of General Psychiatry*, vol. 28, 1973.

NELLIGAN, G. A., L. KOLVIN, D. M. SCOTT, et R. F. GARSIDE. « *Born Too Soon, Born Too Small* », *Clinics in Developmental Medicine*, nº 61, SIMP et Heinmann, 1976.

NICHOLS, P. L., et T. C. CHEN. *Minimal Brain Dysfunction : A Prospective Study*, Erlbaum édition, 1980.

OUNSTED, C. « The Hyperkinetic Syndrome in Epileptic Children », vol. 2, 1955.

PELSSER, R. *Manuel de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*, Montréal, Gaëtan Morin, 1989.

RUTTER, M. O. CHADWICK, et D. SHAFFER. « Head Injury », dans M. Rutter, *Developmental Neuropsychiatry*, New York, Guilford Press, 1983.

RUTTER, M., P. GRAHAM, et W. YULE. *A Neuropsychiatric Study in Childhood Clinics*, dans *Developmental Medecine*, N° 35-36, SIMP et Heinmann, 1980.

SAMEROFF, A. J., et M. J. CHANDLER. « Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Casualty », dans F. O. Horowitz, *Review of Child Development Research*, vol. 4, University of Chicago Press, 1975.

SHAYWITZ, S. E. « Psychopharmacology of Attention Deficit Disorder », *Pediatrics*, vol. 69, 1982.

TOWBIN, A. « Neuropathologic Factors in Minimal Brain Dysfunction », dans H. E. Rie et E. D. Rie, Handbook of Minimal Brain Dysfonction : A Critical View, Wiley, 1980.

WENDER, P. *Minimal Brain Dysfunction in Children*, Wiley, 1971.

WERNER, E., et R. SMITH. *Kauai's Children Come of Age*, University of Hawaii Press, 1977.

YULE, W., R. LANSDOWN, I. B. MILLAR, et M. A. URBANOWICZ. *The Relationship Between Lead Concentration, Intelligence and Attainment in a School Population : A Pilot Study, Developmental Medicine and Child Neurology*, vol. 23, 1981.

CONNAISSANCES

Développement de l'attention et des fonctions exécutives

Avant de pouvoir conclure à un déficit quelconque au regard des capacités attentionnelles, on se doit de connaître les étapes du développement de l'attention et des fonctions exécutives. Le développement de l'attention dépend de la maturation neurologique. On ne peut s'attendre à ce qu'un jeune ait certaines habiletés si les préalables du stade antérieur ne sont pas acquis. La connaissance des étapes de développement permet alors d'avoir des attentes réalistes envers le jeune et d'orienter le travail selon le stade où il est rendu. Si un jeune semble accuser un certain retard, cela ne veut pas nécessairement dire qu'il présente un déficit. On peut alors tenter de susciter le développement des habiletés du stade précédent pour en accélérer la maturation.

Voici, selon la littérature, les différentes étapes du développement de l'attention et des fonctions exécutives.

- **Orientation automatique de l'attention :** C'est un processus involontaire, exogène, qui fixe l'attention sur un nouveau stimulus qui apparaît dans le champ sensoriel de l'enfant. Par exemple, l'enfant dirigera son regard automatiquement vers un ballon rouge dès qu'il apparaîtra dans son champ de vision. Son attention se portera ailleurs une fois que l'élément de nouveauté aura disparu. L'apparition de cette capacité se fait dès que la maturation sensorielle est complétée, et donc à très bas âge.

- **Inhibition et mémoire de travail non verbale :** À l'âge de 5 à 12 mois, l'enfant commence à expérimenter le délai de réponse et la représentation visuelle mentale pendant ce délai. Vers l'âge de 6 à 18 mois, il est habituellement capable d'inhiber un comportement ou une réponse, il se représente l'information visuelle mémorisée et se souvient de la localisation des objets dans l'espace. La mémoire de travail non verbale continue de se développer jusqu'à sa maturation vers l'âge de 3 ou 4 ans. À cet âge, l'enfant devient capable de protéger sa mémoire de travail des interférences (Bjorklund et Harnishfeger, 1990, cité dans Barkley, 1997).

- **Autorégulation des émotions et de la motivation :** L'autorégulation des émotions est, selon Bronowski (cité par Barkley, 1997), la deuxième fonction exécutive à se développer. Elle permet à l'enfant, en vieillissant, de se consoler dans les situations de détresse ou les moments désagréables. Dès l'âge de 3 à 9 mois, l'enfant recherche les émotions agréables et évite les émotions désagréables. À cet âge, il réagit émotivement, par des crises de larmes, entre autres, afin d'éviter la situation de détresse. Sa réaction fait intervenir le parent qui l'éloignera de cette situation. Vers l'âge de 12 à 18 mois, l'enfant est capable d'utiliser des techniques d'autodistraction vers un objet de plaisir dans les situations désagréables, ou bien d'autoconsolation par le toucher ou la succion d'une partie de son corps. À la fin de la première année de vie, les premiers pas lui permettent de mettre une distance physique entre lui et la situation de détresse et de se distraire avec les objets disponibles autour de lui. Malgré ces nouvelles techniques, l'enfant continue de parfaire simultanément ses capacités de manipulation afin que le parent ou l'adulte qui en a la charge vienne le soustraire de la situation dérangeante. Puis, vers l'âge de 2 à 3 ans, l'enfant, avec l'apparition du langage, peut exprimer verbalement ses émotions et chercher directement de l'aide. Il se rend compte qu'il ne fait pas que sentir les émotions, mais peut faire quelque chose à ce propos. Il peut maintenant cibler la cause et utiliser différents moyens pour les éliminer ou à tout le moins les réduire. C'est le début de la conscience de soi.

- **Respect des règles :** Vers l'âge de 3 ans, l'enfant est capable de suivre une règle dictée par un adulte ou bien par l'environnement social. Il lui est plus facile de suivre une règle lui imposant d'adopter un comportement spécifique qu'une règle qui lui demande d'arrêter un comportement.

- **Orientation volontaire de l'attention :** À l'âge de 2 ans, l'enfant commence à montrer des capacités à diriger volontairement (endogène) son attention vers un stimulus qu'il a choisi. Cette capacité ne sera pas complètement maîtrisée avant l'âge de 8 ans. Avant cet âge, l'enfant sera plus facilement distrait par des stimuli distracteurs.

- **Discours interne :** Le discours interne permet l'autoinstruction et l'automotivation, et devient un outil puissant dans le contrôle des réponses motrices. C'est vers l'âge de 3 à 5 ans qu'il commence à émerger. Ainsi, à cet âge, l'enfant commence à se motiver dans les délais d'attente de gratification afin de persister dans la tâche à accomplir. Vers 6 ou 7 ans, l'enfant a conscience de ce discours interne chez lui mais aussi chez les autres. Ce n'est, par contre, que vers l'âge de 9 à 12 ans que le discours interne est développé. L'enfant peut alors, à l'aide de cette capacité, contrôler sa réponse motrice, utiliser sa mémoire de travail, tolérer les délais de gratification et adopter une conduite morale.

- **Mémoire de travail verbale :** La mémoire de travail verbale dépend du développement du discours interne (Barkley, 1997). Elle émerge donc autour de 3 à 5 ans pour n'être complètement développée que vers 9 à 12 ans.

RÉFÉRENCES : DÉVELOPPEMENT DE L'ATTENTION ET DES FONCTIONS EXÉCUTIVES

BARKLEY, R. A. *ADHD and the Nature of Self-Control*, New York, Guilford Press, 1997.

BJORKLUND, D. F., et K. K. HARNISHFEGER. « The Ressources Construct in Cognitive Development : Diverse Sources of Evidence and Theory of Inefficient Inhibition », *Intelligence*, vol. 10, 1990.

GOUDREAU, R. *Le développement des capacités de gestion des ressources attentionnelles chez l'enfant : tableau synthèse*, Document de formation, Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, 2000.

CONNAISSANCES

Évolution du trouble de l'enfance à l'âge adulte

Le portrait symptomatique des jeunes qui présentent un TDAH varie généralement selon l'âge. Alors que les symptômes centraux d'un jeune persistent souvent tout au long du développement, certaines caractéristiques se modifieront avec le temps. Quelques symptômes s'estompent à l'adolescence, d'autres se poursuivent à l'âge adulte. Les caractéristiques présentes à l'âge de 7 ans ne sont plus nécessairement les mêmes à 15 ou à 30 ans. La connaissance de ces variations selon l'âge est très pertinente pour le dépistage.

Voici comment se présente, en général, ce trouble en fonction des différents stades de développement.

- **Petite enfance :** Les enfants ayant un TDAH ne présentent pas tous les mêmes difficultés pendant la petite enfance. Selon les études longitudinales sur ces enfants, certaines caractéristiques durant cette période sont plus fréquentes chez les enfants ayant un TDAH, comme les pleurs fréquents, la difficulté à se consoler et l'inconstance du sommeil.

  On a remarqué que beaucoup d'enfants qui ont développé un TDAH pleurent plus souvent et pendant une période de temps plus longue. Les mères, pour la plupart, ont une grande difficulté à les consoler par les moyens habituels (Weiss et Hechtman, 1986). Dans certains cas, il peut arriver que les pleurs soient assez intenses pour interférer avec l'allaitement. En ce qui concerne le sommeil, on remarque des enfants dont le sommeil est presque excessif et qui sont par le fait même peu réceptifs à leur environnement pendant les premiers mois, ou bien très actifs, avec un sommeil court, agité et inconstant. Il peut aussi y avoir un léger retard dans l'apparition des premières vocalisations. Alors que pour la majorité des enfants les premières vocalisations apparaissent pendant la première année de vie, il arrive que certains enfants hyperactifs ne commencent à babiller qu'après leur premier anniversaire (Weiss et Hechtman, 1986). Il arrive aussi que certains de ces enfants n'aiment pas se faire prendre. Ces caractéristiques, ajoutées aux pleurs fréquents et au manque de sommeil, peuvent atténuer le lien d'attachement avec la mère et rendre la relation mère-enfant plus difficile. La motricité excessive peut aussi commencer à se manifester à cet âge.

- **Âge préscolaire :** Pendant cette période, certains enfants qui ne présentaient pas vraiment de problème auparavant peuvent commencer à présenter des difficultés de comportement s'apparentant à celles des enfants qui étaient difficiles à la petite enfance (Barkley, 1981). Beaucoup de parents identifient cette période comme le début des difficultés. Pour les enfants qui présentent un TDAH de type mixte ou hyperactif-impulsif, il arrive qu'à cet âge on remarque beaucoup d'agitation motrice, une curiosité insatiable, des jeux très animés et parfois destructeurs. Souvent, les comportements amènent une demande excessive d'attention parentale. On observe un faible degré d'obéissance aux consignes et des crises excessives qui dépassent la moyenne relativement à la durée et à l'intensité. Ils semblent n'avoir aucun sens du danger et les efforts disciplinaires ne semblent pas faire effet (Massé, 1999). On peut remarquer une difficulté dans l'accomplissement des tâches développementales normales, une diminution du sommeil ou un sommeil agité et un retard dans le développement moteur et langagier. On décrit souvent ces enfants comme mus par un moteur en raison du fait qu'ils peuvent être constamment en mouvement. Il est fréquent qu'ils grimpent, se blessent et brisent accidentellement leurs jouets. Les relations sociales peuvent commencer à être problématiques et l'apprentissage de la propreté peut être laborieuse.

  Une recherche d'Alessandri (1992, cité dans Massé, 1999) menée sur des enfants âgées de 4 et 5 ans montre que les enfants ayant un TDAH changent plus souvent de jeux, s'engagent moins dans des jeux individuels ou en groupe, jouent d'une façon plus immature et conversent moins fréquemment avec leurs pairs.

  Il est à noter qu'il est particulièrement difficile, à cet âge, de différencier les comportements anormaux des comportements normaux. Certains parents attribueront alors les comportements difficiles à une phase de développement et patienteront en espérant que tout rentrera dans l'ordre au plus tôt. D'autres demanderont de l'aide, surtout si leur enfant présente des difficultés à la garderie.

- **Âge primaire :** C'est souvent à l'école qu'on est plus en mesure de reconnaître les comportements qui sortent de la norme. C'est à cette période d'ailleurs que les références pour une évaluation sont les plus fréquentes (Weiss et Hechtman, 1986). Les troubles qui pouvaient passer pour des difficultés mineures et temporaires ne peuvent plus être considérés comme tels, car ils interfèrent avec les exigences scolaires beaucoup plus grandes en matière de comportement et d'attention. C'est surtout à cet âge qu'on commence à remarquer les difficultés des enfants qui présentent un TDAH de type inattentif. En effet, en classe on commence à remarquer les difficultés d'attention, car celle-ci est davantage sollicitée. Bon nombre d'enfants ayant un TDAH sont facilement distraits, fréquemment engagés dans des activités qui ne correspondent pas à leurs tâches et peuvent avoir énormément de difficulté à maintenir leur attention pendant une période de temps plus ou moins longue. Les enfants présentant un TDAH de type mixte ou hyperactif-impulsif peuvent se montrer impulsifs par moment et adopter des comportements agressifs. Pour détourner l'attention des difficultés qu'ils vivent, il arrive qu'ils deviennent « le bouffon de la classe ». Leurs difficultés entravent souvent leur développement social dans le sens où, pour la plupart d'entre eux, ils ont beaucoup de mal à attendre leur tour, à suivre les règles, à perdre au jeu, à contrôler leur tempérament et à montrer de l'empathie envers les autres. Ces enfants peuvent devenir très excités et agir de façon ridicule ou immature pour leur âge. L'agitation et l'impulsivité peuvent se remarquer par leur façon de crier les réponses ou des commentaires, peu importe si c'est le bon moment ou non, et par la difficulté à rester assis sur leur chaise. Peu importe le type de TDAH, leurs devoirs sont souvent désorganisés ou malpropres, et comportent beaucoup d'erreurs. Avec le temps, ces comportements et attitudes peuvent grandement nuire à leur rendement scolaire et leur relation avec leurs pairs. En vieillissant, les échecs dans ces différentes sphères amènent souvent une baisse de l'estime de soi et l'apparition d'affects dépressifs (Weiss et Hechtman, 1986).

  Barkley, DuPaul et McMurray (1991, cités dans Massé, 1999), ont observé que 60 à 80 % des enfants ayant un TDAH terminent leur primaire sous médication. Plus de 50 % d'entre eux auront reçu un traitement sous forme de thérapie individuelle ou familiale et 45 % auront bénéficié de services éducatifs spécialisés.

- **Adolescence :** À l'adolescence, pour une proportion limitée de jeunes, la motricité excessive tend à diminuer, mais une certaine agitation interne demeure (Barkley, 1981). Certains adolescents gardent un tempérament prompt et nerveux. Pour ceux qui avaient des problèmes de distraction, cet aspect persiste à l'adolescence dans la majorité des cas (Weiss et Hechtman, 1986). Les problèmes comportementaux concernent principalement le respect des consignes et des règlements. Leur impulsivité fait en sorte que le respect envers l'autorité est souvent problématique. De plus, on remarque davantage à cet âge les conflits familiaux et l'instabilité émotionnelle. Le rendement scolaire des jeunes peut présenter des retards importants et ceux-ci ont un plus grand risque de faire l'objet d'une suspension ou d'une expulsion (Barkley, cité dans Massé, 1999). Les interactions sociales sont souvent négatives et l'estime de soi peut être très faible. Ces jeunes peuvent vivre beaucoup de désespoir et montrer une certaine léthargie ainsi qu'un manque de motivation.

  Les troubles de l'opposition et de la conduite se développent souvent en comorbidité avec le TDAH et viennent aggraver ainsi le portrait.

  Certaines études indiquent que ces adolescents sont plus souvent que la moyenne impliqués dans les accidents de la route ou les excès de vitesse. En fait, il semble que les occasions d'agir dangereusement sous le coup de l'impulsivité ainsi que les erreurs de jugement augmentent avec l'âge, en raison d'une augmentation de la pression des pairs et d'une baisse de la supervision parentale (Conners, et autres 2001).

- **Âge adulte :** Les adultes qui ont souffert du TDAH pendant leur enfance peuvent encore avoir de la difficulté à se concentrer et à accomplir des tâches. Pour certains d'entre eux, la désorganisation, les oublis et les pertes d'objets sont souvent leur lot de tous les jours. Ils peuvent avoir de la difficulté à planifier à l'avance, à traiter plusieurs renseignements simultanément, à se mettre à la tâche et à la terminer dans les temps requis, et peuvent dépendre des autres pour maintenir un certain ordre. Il arrive que ces personnes changent leurs plans à la dernière minute ou changent d'emplois fréquemment. En fait, la majorité d'entre eux éprouvent les difficultés qui s'apparentent à ce qu'ils ont vécu dans leur enfance. L'agitation, quand elle est présente, se remarque par la tension, la nervosité et la propension à s'impliquer dans plusieurs projets à la fois sans arriver à en mener un à terme. L'impulsivité est encore présente pour la majorité d'entre eux, quoiqu'elle soit mieux maîtrisée qu'à l'enfance. Par conséquent, de par leurs difficultés en général, il leur est particulièrement ardu de maintenir un emploi stable. Lorsqu'il y a comorbidité avec un trouble de la conduite, on remarque d'ailleurs une incidence plus élevée d'actes antisociaux et d'arrestations chez ces personnes que dans la population en général.

RÉFÉRENCES : ÉVOLUTION DU TROUBLE DE L'ENFANCE À L'ÂGE ADULTE

BARKLEY, R. A. *Hyperactive Children : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, New York, Guilford Press, 1981.

CONNERS, C. K., J. S. MARCH, A. FRANCES, K. C. WELLS et R. ROSS. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : Expert Consensus Guidelines, *Journal of Attention Disorder*, vol. 4, suppl. 1, 2001.

DULCAN, M. « Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescent and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, octobre 1997.

WEISS, G., et L. HECHTMAN. *Hyperactive Children Grown Up*, New York, Guilford Press, 1986.

CONNAISSANCES

Incidences sur la vie de l'enfant, sur la vie de la famille et sur le milieu scolaire

Avoir un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité peut avoir une incidence sur bien des aspects de la vie de la personne qui le présente. Une incidence de ce trouble sur son développement personnel, sur sa famille, sur le milieu scolaire et même sur la société dans laquelle vit l'individu est possible et même probable. Il est pertinent de connaître ces impacts pour mieux intervenir par la suite. Les difficultés que cette personne peut éprouver tout au long de sa vie, surtout si aucune démarche n'a été faite pour diagnostiquer et traiter le problème, ont pour conséquence, dans bien des cas, de susciter chez elle un profond sentiment d'incompétence qui peut se répercuter sur plusieurs sphères de son bien-être.

VIE DE L'ENFANT

- **Estime de soi :** Devant des échecs fréquents vécus dans plusieurs sphères de leur vie, bien des personnes présentant un TDAH finissent par comprendre qu'elles sont incapables d'accomplir ce que les autres semblent avoir de la facilité à faire. En fin de compte, elles peuvent en arriver à démissionner avant même de commencer. L'effet important qu'aura cette situation sur ces individus se résume en une diminution de l'estime de soi.
- **Socialisation :** On peut aussi remarquer une incidence sur le développement social. L'enfant qui présente l'un ou l'autre des types du trouble finit, dans plusieurs cas, par avoir des difficultés sociales de l'ordre du rejet ou du retrait.

  L'enfant qui a beaucoup de peine à maîtriser son impulsivité et son agitation peut devenir une cible facile pour les autres et être sujet à leurs railleries. Lorsque ses comportements deviennent plus agressifs, c'est le rejet des autres qui peut prendre la place. Les camarades remarquent rapidement les enfants qui réagissent vite et certains en abusent. De plus, de par leurs caractéristiques (n'attendent pas leur tour, mauvais perdants, agités, ne respectent pas les consignes), les pairs ne sont bien souvent pas intéressés à être associés à un tel camarade.

  L'enfant ayant un déficit d'attention prédominant ne provoque pas vraiment le rejet, mais ne peut créer facilement de liens avec ses pairs. Il semble que ses habiletés sociales ne soient pas assez développées pour créer des liens avec facilité. Souvent, ces enfants s'isoleront par eux-mêmes ou s'évaderont dans des activités solitaires, la lecture ou des jeux imaginaires. Il arrive aussi qu'ils provoquent une certaine forme de rejet en adoptant des comportements jugés comme bizarres par leurs pairs ou les adultes. Dès qu'un rejet s'installe, il devient très difficile pour le jeune de s'en départir.
- **Relation avec l'autorité :** La relation avec l'autorité peut devenir problématique. Il n'est pas rare de voir de l'opposition se développer en parallèle avec un TDAH, puisque les jeunes ont souvent beaucoup de difficulté à reconnaître leurs erreurs, qu'ils respectent peu les règles ou qu'ils ne les intègrent pas. Dans bien des cas, ils n'ont tout simplement pas appris ces règles et sont donc incapables de les suivre.
- **Développement affectif :** Les enfants ayant un TDAH finissent souvent pas éprouver beaucoup de frustration en raison de leurs nombreux échecs et de leurs difficultés sociales. Cette frustration peut prendre de l'ampleur et finir par être très difficile à contrôler. Il arrive que ces enfants fassent des crises de colère ou perdent le contrôle de leurs émotions. Il semble même que les émotions, colère ou joie, soient ressenties, ou à tout le moins exprimées, plus intensément par les enfants présentant le TDAH que par les autres. En conséquence, certains adopteront des comportements agressifs, alors que d'autres, au lieu d'extérioriser leurs émotions, vont plutôt les intérioriser. Il peut en résulter alors l'apparition d'affects dépressifs qui peuvent évoluer vers des épisodes dépressifs majeurs et susciter des idées suicidaires.

  L'anxiété est un sentiment fréquemment ressenti par les individus présentant un TDAH. Certains finissent par craindre les situations qui leur causent des difficultés, comme les situations d'évaluation scolaire ou les sorties. Il arrive que cette anxiété ne soit pas verbalisée par l'enfant, mais des symptômes psychosomatiques en sont le reflet. Les maux de ventre, de tête et de dos sont fréquemment mentionnés. Ils disparaissent quand la situation est évitée, ce qui les différencie des maux dont la cause peut être physique.

Chez d'autres jeunes présentant un TDAH, on peut remarquer parfois une certaine fermeture des affects, surtout après une longue période au cours de laquelle les conséquences négatives et les échecs sont fréquents. Comme moyen de défense, ces jeunes finissent par nier toute influence de la situation sur eux-mêmes. Ils peuvent alors verbaliser leur retrait de différentes façons : « Ça ne fait rien. Ça ne me dérange pas. Je m'en fous. » Il s'agit là d'une façon de se protéger des effets dévalorisants de leurs échecs répétés et des conséquences qui y sont associées. En pensant de la sorte, ils réussissent souvent à renvoyer la douleur ressentie aux parents ou aux intervenants qui imposent la conséquence.

- **Consommation de substances :** On observe un taux plus élevé de toxicomanie chez les adolescents ayant un TDAH, surtout s'ils n'ont reçu aucune aide ou traitement et s'il y a comorbitidé avec le trouble de la conduite (NIH Consensus Statement, 1998). En fait, l'absence ou la présence d'un traitement est le principal facteur qui influe sur l'apparition ou non d'un problème de toxicomanie. Un jeune dont le TDAH est traité n'aura donc pas plus de risque que les autres de développer une toxicomanie.

  Sans traitement, par contre, ces enfants peuvent devenir de plus en plus ancrés dans leurs difficultés et se sentir marginalisés par rapport à leurs pairs. La toxicomanie devient alors un moyen de fuite très attirant en raison du haut taux de gratification immédiate ressentie, ce à quoi beaucoup d'entre eux sont particulièrement sensibles.

- **Sécurité de la personne :** Les personnes présentant un TDAH ont plus d'occasions de se placer dans des situations où il y a risque de blessure physique au cours de leur enfance. Comme leur perception du danger est souvent très faible, ils ne peuvent évaluer adéquatement la dangerosité d'une situation donnée. Il peut en résulter un taux d'accident plus élevé, dont certains peuvent être mortels, surtout à l'adolescence, où la conduite automobile est impliquée.

- **Comportement :** S'il n'y a eu aucun traitement, il peut y avoir aussi le développement de comportements antisociaux, qui peut évoluer vers un trouble de la conduite. Les actes antisociaux deviennent une façon pour les jeunes d'avoir un certain succès; c'est le seul domaine dans lequel ils ont l'impression de réussir quelque chose.

VIE FAMILIALE

- **Vie conjugale :** Élever un enfant ayant un TDAH amène beaucoup de stress dans la vie quotidienne. De plus, toute situation de stress peut nuire à l'harmonie dans le couple. On remarque donc un taux de stress parental, de discorde dans le couple et de divorce beaucoup plus élevé dans les familles où l'un ou plusieurs enfants présentent un TDAH.

  Le stress que ces situations occasionnent se répercute sur les parents qui peuvent intervenir de façon inadéquate. De plus, il arrive souvent que ces enfants devenus adultes vivent aussi une vie familiale difficile, car ils ont beaucoup plus de risques que leurs propres enfants développent le trouble à leur tour. Le TDAH ayant une base génétique, il n'est pas rare que dans les familles où un enfant a le trouble, un des parents le présente aussi. L'incidence est d'autant plus importante sur le couple et la famille.

- **Situation financière :** Les recherches américaines sur le sujet tendent à montrer que l'évaluation et le traitement du TDAH occasionnent des coûts assez élevés pour une famille à revenus moyens. Pour beaucoup d'entre elles, un choix doit se faire au détriment d'autres besoins. Malheureusement, ce sont les activités de loisir familiales qui sont les premières coupées. Une situation financière serrée, en plus des rares moments agréables, augmente d'autant plus le stress sur toute la famille. Au Québec, il est probable que l'impact sur la situation financière soit moins grand en raison du réseau de santé publique. Les coûts associés ne sont toutefois pas à négliger. Pensons seulement au coût supplémentaire de garde lors des jours de suspension, alors que le parent doit prendre congé de son travail ou engager quelqu'un pour assurer la surveillance. Les rencontres à l'école pour les plans d'intervention et les visites de traitement sont aussi du temps que le parent doit prendre sur ses heures de travail. Enfin, en raison d'une accessibilité limitée au sein du réseau des services publics, plusieurs optent pour un recours au réseau privé pour l'évaluation et le traitement.

- **Fratrie :** À l'image d'autres problèmes chroniques qui ont des conséquences sur la fratrie, l'enfant ayant un TDAH, par son comportement agité ou ses difficultés scolaires, accapare beaucoup l'attention parentale. Les autres membres de la fratrie peuvent se sentir oubliés ou négligés, et cette situation peut avoir des conséquences sur leur développement. De plus, ils peuvent développer du ressentiment, de la jalousie et de la gêne envers ce frère ou cette sœur qui présente un TDAH. L'entente à l'intérieur de la famille peut être mise à rude épreuve par la présence de ce type de jeune.

  Certains membres de la fratrie en viennent à développer des troubles de comportement ou à imiter les comportements hyperactifs afin de pouvoir attirer l'attention. Il semble qu'à leur yeux, seuls ces comportements inadéquats peuvent leur procurer l'attention parentale qu'ils désirent. D'autres, au contraire, se retireront de plus en plus de la vie familiale. Dans plusieurs cas, des affects dépressifs sont présents et l'estime personnelle est souvent diminuée. Ces frères et sœurs peuvent finir par penser qu'ils ne sont pas assez importants pour recevoir de l'attention parentale.

- **Équilibre affectif :** Avant qu'une démarche d'évaluation se fasse et que le trouble soit diagnostiqué, le parent d'un enfant ayant un TDAH passe par une gamme d'émotions, dont une grande culpabilité. Beaucoup de parents se sentent responsables des difficultés éprouvées par leur enfant. Pour plusieurs, à cette étape de leur cheminement, les comportements inadéquats leur semblent causés par leur incapacité à élever et à éduquer leur enfant de façon adéquate. Ils peuvent éprouver beaucoup d'anxiété à l'égard des situations extérieures, car ils se demandent toujours si leur jeune se comportera bien ou non. Ce sentiment peut être amplifié par l'entourage qui ne comprend pas la situation. Avec le temps, si aucune intervention n'a été mise en place, les parents peuvent ressentir un épuisement, en raison des conflits avec les institutions et des difficultés à encadrer leur jeune. D'autres peuvent en arriver à démissionner, à se désengager ou même à rejeter affectivement leur enfant.

- **Vie sociale de la famille :** L'isolement est souvent utilisé par les parents comme un moyen d'éviter les situations embarrassantes. Cet isolement peut même s'étendre à la famille. En effet, des parents d'enfants qui présentent le trouble peuvent en arriver à éviter les rencontres avec la famille ou avec des amis afin de ne pas avoir à gérer les conflits entre les enfants, ainsi que les commentaires des autres parents et amis qui émettent leur opinion sur ce qu'il y a de mieux à faire. L'absence d'un réseau naturel de soutien peut accentuer, avec le temps, toute la gamme de sentiments négatifs.

VIE SCOLAIRE

- **Rendement scolaire :** Les difficultés qu'éprouvent les élèves ayant un TDAH nuisent directement, pour beaucoup d'entre eux, à leur rendement scolaire. Avec les années, les risques de subir des échecs augmentent. L'inattention, d'une part, et les retraits dus aux comportements inadéquats, d'autre part, peuvent empêcher l'élève de faire les apprentissages en classe. Si rien ne se fait pour pallier cette difficulté, le retard peut s'accumuler rapidement avec les années. La scolarisation en général peut en souffrir. Ces enfants ont, pour la plupart, le potentiel de réussir sur le plan scolaire. Ce sont les déficits qu'ils éprouvent, liés à leur trouble, qui les empêchent de réussir à la hauteur de leur potentiel.

- **Services professionnels :** Intervenir auprès du jeune présentant le TDAH nécessite une bonne disponibilité des services professionnels. L'encadrement de ces enfants mobilise l'énergie de tous les intervenants internes dans le milieu scolaire (enseignants, direction, psychologues, éducateurs, psychoéducateurs, orthopédagogues, etc.) et externes (personnel du réseau de la santé et des services sociaux, personnel médical, personnel des cliniques privées, etc.). Si ces services ne sont pas bien coordonnés, il y a un risque que l'enseignant ait toute la charge du jeune, qu'il finisse par souffrir d'épuisement et qu'il se désengage de la problématique et de ses solutions.

- **Équipe-école :** La problématique du TDAH a un effet direct sur l'équipe-école, car c'est elle qui a la charge du jeune 30 heures par semaine. C'est souvent l'équipe qui gère l'enfant si la médication n'est pas bien contrôlée et c'est elle qui doit affronter bon nombre de crises. L'enseignant peut craindre pour sa sécurité et pour celle des autres dans les cas d'urgence. Il peut aussi se sentir exclu en raison de l'absence de rétroactions, et même se sentir jugé par les parents et les autres intervenants. Toutes ces situations risquent de nuire à la relation avec l'élève. Les conflits entre l'équipe-école, l'enfant et ses parents sont bien souvent présents. Après maints essais infructueux, l'enseignant peut perdre confiance envers les services complémentaires ou la direction ou bien avoir des attentes irréalistes et des croyances erronées relativement aux solutions possibles. Le travail d'équipe et la concertation sont donc essentiels. D'une certaine façon, l'enseignant doit faire face aux mêmes contraintes et situations anxiogènes que les parents.

SOCIÉTÉ

Ce n'est pas uniquement dans le milieu scolaire et dans la famille que l'individu ayant un TDAH nécessite des services. Il fait appel directement ou indirectement à une part importante des ressources et de l'attention du système de santé, du système judiciaire et autres.

Selon le NIH (National Institute of Health, 1998), les problématiques liées au déficit de l'attention et à l'hyperactivité ont occasionné des dépenses de plus de 3 milliards de dollars en 1995 dans les écoles publiques des États-Unis. De plus, il semble que le TDAH en comorbidité avec les troubles de la conduite contribuent aux problèmes sociaux tels les crimes violents et les grossesses chez les adolescentes (NIH, 1998). Les services sociaux sont mis à contribution de même que les CLSC afin d'offrir un soutien supplémentaire aux milieux familiaux et scolaires.

Puisque que le TDAH est souvent associé à d'autres troubles, il n'est pas rare de voir les personnes qui en souffrent dans les centres d'accueil, les foyers de groupe et les familles d'accueil. Les CLSC sont aussi sollicités pour aider ces enfants et leurs parents par des programmes diversifiés de soutien aux enfants, aux parents et aux familles, ainsi que par une aide individuelle directe dans le milieu familial.

RÉFÉRENCES :

INCIDENCES SUR LA VIE DE L'ENFANT, SUR LA VIE DE LA FAMILLE ET SUR LE MILIEU SCOLAIRE

CONNERS, C. K, J. S. MARCH, A. FRANCES, K. C. WELLS, et R. ROSS. *Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Expert Consensus Guidelines, Journal of Attention Disorder*, vol. 4, suppl. 1, 2001.

NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH. *Consensus Statement: Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 16-18 novembre, vol. 16, nº 2, 1998.

CONNAISSANCES

Facteurs de protection et de risque

FACTEURS DE PROTECTION

Certains facteurs influent positivement sur le développement du jeune présentant le TDAH, dans le sens où ils peuvent en retarder l'apparition ou bien en diminuer l'intensité. Ces facteurs contribuent à la résistance contre les risques; ils favorisent l'émergence d'une adaptation réussie sans l'apparition du trouble.

Voici les principaux facteurs de protection (Charlesbois, 2000) :

Facteurs individuels

- Dépistage précoce
- Potentiel intellectuel élevé
- Bonne sociabilité
- Bonne relation avec l'autorité

Facteurs familiaux

- Encadrement ferme et positif de la part des parents
- Bonne communication entre les membres
- Statut socioéconomique moyen à élevé : faible inquiétude relativement à la subsistance
- Fonctionnement familial adéquat : faible degré de stress, bonne entente dans le couple
- Degré de scolarité élevé des parents
- Bon réseau de soutien social et familial

Facteurs psychosociaux

- Prise en charge des parents en difficulté
- Développement des compétences parentales
- Programmes périnataux et prénataux
- Programmes de lutte contre la pauvreté
- Mesures de soutien et de répit-dépannage
- Groupes ou associations de parents

Facteurs scolaires

- Bon rendement scolaire
- Bonne intégration dans le groupe des pairs
- Encadrement ferme, constant et sécurisant de la part du personnel
- Relation positive avec l'enseignant
- Bonne communication et collaboration parent-enseignant

FACTEURS DE RISQUE

Certains facteurs peuvent, par contre, assombrir le portrait de l'enfant qui présente un TDAH. Ces facteurs influent sur l'âge d'apparition du trouble et l'intensité des symptômes. Il s'agit de facteurs qui, s'ils sont présents, accroient la probabilité d'augmenter les manifestations du TDAH, et ce, comparativement à un groupe d'enfants présentant les mêmes caractéristiques. Le risque repose sur une probabilité. Tous les jeunes pouvant potentiellement développer un TDAH et qui sont exposés à un de ces facteurs ne connaîtront pas forcément le trouble.

Voici les principaux facteurs de risque (Charlesbois, 2000) :

Facteurs individuels

- Faible potentiel intellectuel
- Présence d'autres troubles en comorbidité
- Anormalités du système nerveux central
- Référence tardive
- Présence d'agressivité

Facteurs familiaux

- Problèmes de santé mentale dans la famille
- Relation parent-enfant conflictuelle
- Pratiques parentales coercitives
- Statut socioéconomique faible
- Discipline inconstante
- Dysfonctions familiales
- Isolement social
- Alcoolisme, tabagisme et toxicomanie

Facteurs psychosociaux

- Isolement social
- Faible soutien familial et social
- Problèmes de toxicomanie
- Mauvaise évaluation psychosociale lors du diagnostic
- Mauvais encadrement dans l'environnement social

Facteurs scolaires

- Rejet par les pairs
- Faible rendement scolaire
- Encadrement coercitif et abusif
- Inconsistance des règles
- Manque ou faiblesse des services complémentaires
- Faible collaboration parent-enseignant
- Accroissement des procédures disciplinaires

RÉFÉRENCES : FACTEURS DE PROTECTION ET DE RISQUE

BARKLEY, R. A. *Hyperactive Children : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, Guilford Press, 1981.

CHARLESBOIS, PIERRE *dans VITARO, FRANK et GAGNON CLAUDE.* Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Presses de l'Université du Québec, 2000.

WEISS, G., et L. HECHTMAN. *Hyperactive Children Grown Up*, Guilford Press, 1986.

CONNAISSANCES

Pronostic à long terme

Dans la littérature, les statistiques varient, mais les symptômes de 30 à 80% des enfants présentant le TDAH persistent à l'adolescence (Barkley, 1996; Weiss et Hechtman, 1993). Dans une étude plus récente, Barkley (1996) en arrive à une proportion de 70% des enfants présentant le TDAH. Le DSM-IV (1996) mentionne qu'une proportion de 50% des cas évoluent de façon positive à l'âge adulte, même si la majorité d'entre eux continueront à présenter des symptômes de distractivité ou d'impulsivité.

Il faut noter que bien des facteurs influent sur le pronostic. En effet, s'il y a comorbidité avec le TDAH, les risques que le trouble persiste au-delà de l'enfance sont beaucoup plus grands. Selon Biederman et ses collaborateurs, une comorbidité du TDAH avec un trouble de la conduite, de l'humeur ou d'anxiété augmente les risques de persistance du trouble à l'adolescence. Si l'enfant présente, en plus d'un TDAH, des comportements opposants envers l'adulte et des comportements hostiles et agressifs, les risques que les difficultés perdurent sont grands (Barkley, 1981; Braswell et Bloomquist, 1991; Weiss et Hechtman 1993).

Selon Loney et Weiss (cités dans Barkley, 1981), le plus grand facteur influant sur le pronostic est le statut socioéconomique de la famille. Puisque ce facteur est aussi associé au degré de sévérité et à la prévalence, il n'est pas surprenant qu'il joue également sur le pronostic à long terme. Plus le statut socioéconomique est faible, plus le portrait de l'enfant en matière de rendement scolaire, de développement social et d'intégration sur le marché du travail risque d'être sombre (Barkley, 1981).

Le niveau intellectuel de l'individu ainsi que la sociabilité sont aussi des facteurs importants. Plus le potentiel intellectuel est élevé, moins le rendement scolaire risque de diminuer. Plus la personne a de chance de s'intégrer normalement dans la société et d'être bien acceptée par ses pairs, plus son intégration sociale sera réussie. Il semble, en effet, que le degré d'acceptation par les pairs, même en bas âge, est un autre bon indice de l'intégration sociale future (Barkley, 1981).

Weiss et Hechtman (1986), dans leur ouvrage intitulé « *Hyperactive Children Grown Up* », indiquent d'autres facteurs pouvant influer sur le pronostic, dont l'âge de l'enfant lors de la référence à l'évaluation, le degré d'anormalité du système nerveux central, la santé mentale des membres de la famille, la qualité des relations parents-enfants, les pratiques parentales et le fonctionnement familial.

Plusieurs chercheurs mentionnent que les risques d'abus d'alcool, de drogue et de tabac sont plus élevés chez les adolescents qui ont reçu un diagnostic de TDAH lorsqu'ils étaient enfants (Barkley et coll., 1990). Par contre, d'autres études mentionnent que ce fait est davantage lié à la comorbidité avec un trouble de la conduite qu'au TDAH lui-même (Lynskey et Fergusson, 1995). Il semble que l'incidence élevée de consommation d'alcool et de toxicomanie chez les jeunes soit liée à l'absence de traitements. S'il y a eu traitement, l'incidence n'est pas plus élevée que dans la population en général.

RÉFÉRENCES : PRONOSTIC À LONG TERME

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV), 4e éd., Paris, Masson, 1996.

BARKLEY, R. A. *Hyperactive Children : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, Guilford Press, 1981.

BARKLEY, R. A., M. FISHER, C. S. EDELBROCK, et L. SAMLLISH. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria : I. An 8-year Prospective Follow-up Study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 29, 1990.

BIEDERMAN, J., S. FARAONE, S. MILBERGER, et autres. « Predictors of Persistence and Remission of ADHD into Adolescence : Results from a Four-year Prospective Follow-up Study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 35, 1996.

BRASWELL, L., et M. L. BLOOMQUIST. *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children : Child, Family and School Interventions*, Guilford Press, 1991.

LYNSKEY, M. T., et D. M. FERGUSSON. « Childhood Conduct Problems, Attention Deficit Behaviors, and Adolescent Alcool, Tobacco, and Illicit Drug Use », *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 23, 1995.

MASH, E. J., et R. A. BARKLEY. *Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*, Child Psychopathology, Éditeurs, Guilford Press, 1996.

WEISS G., et L. HECHTMAN. *Hyperactive Children Grown Up : ADHD in Children, Adolescents and Adults*, 2e éd., Guilford Press, 1993.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC

Procédure de référence : quand et à qui ?

La procédure de référence est une étape importante dans l'évaluation et le diagnostic du TDAH. En effet, le moment où la procédure s'enclenche ainsi que la façon dont elle se déroule peuvent avoir des conséquences sur l'évolution et le pronostic futur. Les lignes directrices sur l'utilisation des SSNC précisent que : « L'évaluation et le diagnostic ne sont utiles dans la vie d'un enfant ou d'un adolescent que lorsqu'ils donnent lieu, par la suite, à des mesures d'aide adaptées aux difficultés vécues quotidiennement par cet enfant ou cet adolescent et par les personnes de son entourage. » (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001). Dans ce sens, plus le trouble est détecté et traité tôt chez l'enfant, mieux on peut mettre en place des interventions susceptibles de favoriser le développement de l'enfant (American Academy of Pediatrics, 2000). Ainsi, le jeune a plus de chance de se développer selon son groupe d'âge, d'apprendre à vivre avec ses faiblesses et d'adopter des comportements et attitudes lui permettant de pallier ses faiblesses et favorisant son autonomie.

À l'inverse, plus l'évaluation du jeune se fait tardivement, plus il y a de risque qu'il développe d'autres troubles en parallèle comme une détérioration de l'image de soi et de l'estime personnelle, de l'anxiété, de la délinquance, de la toxicomanie, de la dépression, etc. Des retards scolaires peuvent également s'accumuler et le risque de décrochage augmenter.

QUAND?

En général, ce sont les parents ou l'enseignant qui demandent une évaluation de l'enfant. Dans la majorité des cas, cette démarche est effectuée au début de la scolarisation. Cela ne veut toutefois pas dire que les enfants en bas âge ou les adolescents ne sont pas évalués pour cette problématique. Pour ces derniers, la référence est moins fréquente principalement en raison des difficultés diagnostiques rattachées à ces âges. Il n'est jamais trop tard pour consulter au sujet d'un TDAH possible. De plus en plus d'adultes sont diagnostiqués avec ce trouble.

Pour les enfants âgés de moins de 7 ans, on hésitera à poser un diagnostic de TDAH, car à cet âge il n'est pas anormal de présenter de l'agitation, de l'impulsivité et un besoin de surveillance constant. Certains enfants de cet âge peuvent parfois courir en rond sans arrêt, se cogner aux objets ou aux personnes ou bien poser des questions incessantes (American Academy of Pediatrics, 2000). Cela ne veut pas dire qu'ils présentent un TDAH pour autant. Ce sont la fréquence, l'intensité et le nombre de comportements problématiques qui justifieront la démarche du parent vers une évaluation. À cet âge, ce sont les parents qui, la plupart du temps, en font la demande, souvent après avoir reçu les commentaires des éducateurs qui ont la charge de l'enfant en garderie.

Il est important de s'interroger sur la possibilité que l'enfant présente un TDAH lorsque celui-ci, particulièrement de 6 à 12 ans, présente de l'inattention, de l'agitation, de l'impulsivité, un faible rendement scolaire, des problèmes de comportement ou de l'isolement social (American Academy of Pediatrics, 2000). Pour l'enfant plus jeune, on peut se questionner si ce dernier semble présenter une motricité excessive ou des problèmes comportementaux qui nécessitent énormément d'attention de la part des parents ou des intervenants en milieux de garde. En ce qui concerne l'adolescent, ce sont les difficultés de comportement, le faible rendement scolaire et le rejet ou l'isolement social qui devraient mener au processus d'évaluation. (Se référer à la section **Évolution du trouble** pour plus de détails sur ce sujet).

Si l'enfant présente une combinaison des conditions suivantes, il se peut qu'il présente un problème que ce soit le TDAH ou un autre trouble. Une évaluation plus approfondie serait alors pertinente afin de déterminer la nature des difficultés et de mettre en place des interventions adaptées :

- Si l'enfant présente des difficultés de comportement à l'école, à la maison, dans son milieu de garde ou dans ses sports et loisirs.
- Si l'enfant a de la difficulté à demeurer calme dans certains jeux propres à son groupe d'âge et à son sexe.
- Si l'enseignant, l'intervenant en milieu de garde, le moniteur ou tout autre intervenant qui travaillent auprès du jeune doivent communiquer souvent avec les parents au sujet de leur enfant.

- Si l'impulsivité et l'agitation de l'enfant nuisent à l'accomplissement de tâches essentielles à son développement.
- Si les devoirs ne sont pas faits ou s'ils sont mal faits.
- Si le rendement scolaire est faible ou s'il diminue.
- Si les conflits avec l'autorité parentale, scolaire ou autres sont fréquents.
- Si l'enfant est retiré, a peu d'amis ou est souvent en conflit avec eux.

Il faut toujours faire attention au niveau développemental de l'enfant. En effet, si l'enfant accuse un retard, il pourra présenter des comportements inappropriés selon son âge chronologique, mais adaptés à son âge développemental.

Lorsqu'un retard d'apprentissage est soupçonné, il s'avère important d'avoir recours aux services de professionnels compétents afin de procéder à une évaluation approfondie et, au besoin, d'amorcer un suivi. Il faut noter aussi que chaque enfant ne se développe pas au même rythme. Il existe une certaine variation entre les enfants. En effet, dans une classe de maternelle, par exemple, on remarque une grande différence entre les enfants nés en octobre ou en novembre et ceux nés en août ou en septembre. Si un enfant né en septembre est un peu immature par rapport à son âge, il peut le paraître davantage si on le compare à un autre né en octobre (ayant en fait 11 mois de plus en raison des règles d'admission à l'école), qui lui est plus mature que son âge. Or ce n'est que devant une différence marquée par rapport à la moyenne de son âge qu'on parlera d'un retard possible.

C'est vers l'âge de l'entrée à l'école qu'on trouve le plus de demandes d'évaluation concernant le TDAH. Le contexte scolaire fait en sorte qu'il y a une augmentation de situations dans lesquelles le contrôle du comportement et le maintien de l'attention sont nécessaires. Les comportements d'agitation et d'impulsivité sont facilement remarqués et causent souvent bien du dérangement dans la classe. Pour l'enfant qui semble présenter la forme prédominante inattentive, c'est le rendement scolaire et la répétition constante des consignes qui inquiètent l'enseignant. Ce dernier est en mesure d'évaluer, avec son expérience et la comparaison avec des enfants de même âge, si ces comportements sortent de l'ordinaire ou non. Il peut alors en faire mention aux parents. Ces derniers peuvent aussi se rendre compte de certaines difficultés si le temps des devoirs devient une période de guerre et si le rendement scolaire est faible. Avec ces indications, l'enseignant, les parents ou les deux peuvent faire une demande pour que l'enfant soit évalué. Il faut noter par contre que, pour envisager un diagnostic de TDAH, il faut observer obligatoirement la manifestation d'inattention et/ou d'agitation-impulsivité dans plus d'un milieu de vie.

Il arrive que la demande d'évaluation ne se fasse qu'à l'adolescence. Même si, selon les critères diagnostiques, l'apparition de certains symptômes doit se faire avant l'âge de 7 ans, certains facteurs font en sorte que le trouble passe inaperçu avant cet âge. D'autre part, Weiss et Umesh (2000) mentionnent différentes raisons pour lesquelles les adolescents sont souvent sous-diagnostiqués :

- Il y a souvent une altération des symptômes habituels du TDAH. En effet, dans bien des cas, l'agitation se résorbe à l'adolescence. Donc, l'adolescent ne semble pas présenter les symptômes d'agitation associés généralement au trouble.
- Le DSM-IV mentionne que certains symptômes doivent être apparus avant l'âge de 7 ans. Certaines personnes éliminent cette hypothèse parce que la démarche d'évaluation ne s'est pas faite plus tôt, inférant à tort que les symptômes ne devaient pas être présents dans le passé. Or, on sait que même si la démarche se fait tardivement, cela ne veut pas dire que les problèmes ne sont pas présents depuis longtemps.
- Puisque les filles sont plus nombreuses à présenter le trouble de type inattentif prédominant (Faraone et coll., cités dans Weiss et Umesh, 2000), les symptômes liés à ce type sont parfois perçus comme une résultante des variations de l'humeur souvent associées à cet âge.
- Il est plus difficile de détecter une problématique comme le TDAH au secondaire, entre autres à cause de l'interaction des élèves avec plusieurs enseignants et l'absence de groupes stables. Pour déterminer la présence d'une problématique au secondaire, il faut une concertation entre les divers intervenants scolaires.

- Souvent, l'adolescent sera dirigé vers un clinicien travaillant auprès d'une clientèle adulte. Comme le TDAH n'est pas un diagnostic fréquemment envisagé à l'âge adulte, la symptomatologie de ce trouble à l'adolescence peut être peu familière aux cliniciens.
- Des parents peuvent nier les symptômes en pensant que leur jeune ne fait que réagir à une situation quelconque et que la phase qu'il vit se passera d'elle-même.
- Les adolescents ne consultent pas facilement d'eux-mêmes. La plupart se tiendront en groupe et graviteront autour de jeunes présentant sensiblement les mêmes comportements. Pour eux, il n'est alors pas anormal d'agir ou d'être comme tel.

À l'adolescence, ce sont encore davantage les parents qui décident de consulter, pour leur jeune, au sujet de ce trouble, souvent à la suite de commentaires de la part du milieu scolaire faisant état des difficultés vécues. Il arrive aussi que les enseignants orientent le jeune vers les services complémentaires de l'école (avec son consentement, quand il a 14 ans ou plus), afin de déterminer la cause de ses difficultés. Souvent, on l'envoie en consultation en fonction des troubles de comportement qui se sont développés en parallèle. Dans ces cas, c'est le trouble de comportement qui a attiré l'attention. Le diagnostic de TDAH ne peut être alors envisagé qu'après une évaluation plus approfondie.

Il arrive que ce soit à l'âge adulte qu'une personne décide de consulter au sujet d'un TDAH possible. Elle en vient à ce processus, dans bien des cas, après avoir éprouvé des difficultés de toutes sortes dans son milieu de travail et/ou de vie personnelle. La personne décide alors de consulter afin de trouver l'origine de ses difficultés et des moyens d'améliorer sa qualité de vie.

À QUI?

Quand vient le temps d'envisager une évaluation pour un enfant ou un adolescent, bien des avenues peuvent se présenter. Il n'existe pas un modèle unique de référence. Dans certains cas, c'est le parent qui s'adresse à son médecin de famille (omnipraticien) ou à son pédiatre au sujet de son enfant. Cette démarche peut être appuyée par un intervenant externe (intervenant en garderie ou au centre de la petite enfance, enseignant, intervenant scolaire, intervenant social, etc.). Dans d'autres cas, c'est l'enseignant qui oriente l'enfant vers un professionnel du milieu scolaire. Ce dernier peut procéder à l'évaluation avec l'aide des autres intervenants scolaires, ou diriger les parents vers une ressource externe. Un travail d'équipe entre plusieurs intervenants de différentes disciplines est nécessaire afin d'obtenir un portrait le plus clair et précis possible du jeune évalué.

Dans la grande majorité des cas, un médecin est consulté dans la démarche d'évaluation. Pour vérifier l'état de santé général du jeune, ce médecin peut travailler en cabinet privé, en CLSC ou dans une clinique spécialisée d'un centre hospitalier (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues, 2001). Les autres intervenants appelés à participer au processus d'évaluation viennent du milieu scolaire, du CLSC, des services sociaux ou d'une clinique privée. Le travail d'une équipe multidisciplinaire facilite la collecte des données et rend l'action plus efficace.

En général, le personnel de troisième ligne, c'est-à-dire les neurologues, les pédopsychiatres et les neuropsychologues, est consulté dans les cas complexes où l'on soupçonne fortement la présence d'un trouble associé ou connexe. Dans ces cas, les données de l'évaluation plus approfondie faite par des professionnels (médecin de famille, pédiatre, psychologue, ergothérapeute, orthophoniste, travailleur social, infirmière, psychoéducateur, orthopédagogue, etc.) sont transmises au spécialiste qui procédera à la suite de l'évaluation (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001).

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Clinical Practice Guideline : Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Pediatrics*, vol. 105, n° 5, 2000.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. *Le trouble de déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central : Lignes directrices*, Montréal, 2001.

WEISS, G., et J. UMESH. *Clinical Perspective on the Assessment of ADHD in Adolescence, ADHD Report, New York*, vol. 8, n° 6, 2000.

DIAGNOSTIC

Diagnostic différentiel et comorbidité

Lorsqu'une consultation concerne un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité, il est nécessaire, avant d'approfondir l'évaluation, d'éliminer les autres causes possibles des symptômes observés chez le jeune. Il existe plusieurs troubles psychologiques ou physiques qui présentent une symptomatologie similaire ou s'apparentant au TDAH. Il faut donc analyser ces avenues avant de pouvoir poursuivre l'évaluation d'un TDAH comme tel. Cette démarche est ce qu'on appelle le diagnostic différentiel. C'est un processus qui envisage tous les troubles pouvant expliquer la symptomatologie présente. On procède ensuite par élimination pour n'obtenir qu'un seul diagnostic. Le diagnostic du TDAH est établi lorsque toutes les autres hypothèses possibles ont été éliminées. Ainsi, on évite le diagnostic de TDAH dans le cas des jeunes qui ne le présentent pas (faux positifs), et on évite les risques de ne pas diagnostiquer le TDAH alors que le jeune présente ce trouble (faux négatifs) ou tout autre diagnostic erroné.

	Est TDAH	**N'est pas TDAH**
Évaluation positive	Présence de TDAH bien identifiée	Faux positif
Évaluation négative	Faux négatif	Absence de TDAH bien identifiée

Afin de répondre aux conditions de cette démarche, un bilan médical est très souvent pertinent, car certaines conditions physiques modifient le contrôle moteur ou bien les processus d'attention. Par exemple, l'inattention ou l'hyperactivité peuvent être causées par un abus de drogues, d'alcool ou de médications (Conners et coll., 2001). Une mauvaise alimentation, des allergies, un problème lié à la glande thyroïde ou d'autres troubles de santé peuvent avoir une incidence sur les capacités attentionnelles ou le contrôle moteur. Le médecin sensibilisé à la problématique du déficit d'attention et de l'hyperactivité est en mesure d'effectuer l'évaluation nécessaire à la confirmation ou à l'élimination des troubles physiques pouvant expliquer la symptomatologie présente.

Certains troubles d'origine psychologique peuvent aussi présenter des caractéristiques communes ou s'apparentant au TDAH. En effet, il se peut que l'inattention ou les comportements dérangeants soient causés par un trouble de l'humeur, un trouble bipolaire de type I ou II, anxieux ou dissociatif, un trouble de la personnalité, des tics ou de la schizophrénie. Il arrive aussi que les symptômes observés soient dus à l'opposition caractéristique du trouble de l'opposition avec provocation, à la frustration causée par un retard de développement ou un trouble d'apprentissage (car l'enfant n'arrive pas à répondre aux exigences), ou à l'impulsivité liée au trouble de la conduite ou au trouble envahissant du développement. De plus, un jeune qui vit un deuil, par exemple, aura beaucoup de difficulté à maintenir son attention, de même qu'un autre qui vit beaucoup d'anxiété lors des examens ou qui souffre d'une phobie scolaire. Un enfant qui vit des difficultés familiales importantes, entre autres, n'aura probablement pas beaucoup d'attention en classe et pourra montrer des comportements impulsifs ou agressifs par moment.

Il est important de noter que le diagnostic du TDAH ne peut être établi si les symptômes d'inattention, d'impulsivité ou d'agitation résultent d'un des troubles mentionnés ci-dessus (Conners et coll., 2001).

On parle de comorbidité lorsqu'on dénote la présence de deux ou plusieurs troubles en même temps. Par exemple, un jeune peut présenter un TDAH ainsi qu'un trouble de l'opposition ou une déficience légère. On dira alors que le TDAH se présente en comorbidité avec une déficience légère ou un trouble de l'opposition. Le trouble en comorbidité est parfois dû au TDAH, surtout si l'évaluation et le traitement se font tardivement, mais il peut aussi n'y avoir aucun lien de causalité entre les deux.

Dans la littérature, on rapporte quatre troubles plus fréquemment présents en comorbidité avec le TDAH. La prévalence de ces troubles chez les personnes présentant un TDAH est toutefois très variable, selon les recherches consultées (Green et coll., cités dans American Academy of Pediatrics, 2009; Boucher, citée dans le cahier du participant de la formation continue sur le TDAH de l'Ordre des psychologues du Québec, 2002).

Troubles associés	Prévalence estimée (%)
Trouble de l'opposition avec provocation	35 à 66
Trouble de la conduite	25 à 50
Trouble anxieux	25 à 30
Trouble de l'humeur	18 à 75

Les troubles d'apprentissage et du langage sont aussi associés au TDAH dans bien des cas (Thomas et Willems, 1997). Pliszka, Carlson et Swanson (1999) mentionnent dans leur ouvrage que le TDAH peut toucher les individus souffrant d'un retard mental, surtout si celui-ci est causé par le syndrome du X fragile. Selon des chercheurs mentionnés par ces auteurs, de 62 à 71 % des sujets mâles présentant le syndrome du X fragile présentent également les caractéristiques du TDAH. Les auteurs font aussi mention d'une comorbidité possible du TDAH avec les troubles envahissants du développement. Selon eux, il est difficilement envisageable de poser un diagnostic de TDAH avec inattention prédominante, mais l'enfant peut présenter les caractéristiques du TDAH avec hyperactivité-impulsivité prédominantes. Il faut, par contre, bien différencier le trouble envahissant du développement de l'hyperactivité ou de l'impulsivité.

Enfin, notons qu'une série de troubles ou de problématiques amènent, parmi leurs manifestations principales ou secondaires, diverses formes de déficits de l'attention ou des comportements inappropriés qui peuvent être confondues, dans une certaine mesure, avec le TDAH. Citons, entre autres, les troubles suivants :

- le trouble d'apprentissage non verbal (non verbal learning disabillity) ;
- le stress post-traumatique ;
- le trouble d'Asperger ou l'autisme ;
- les troubles de l'audition centrale ;
- la dysphasie ;
- la toxicomanie ;
- les troubles anxieux.

Le processus d'évaluation est donc très important pour la planification du traitement, car on ne pourra intervenir de la même façon sur un TDAH sans comorbidité, un trouble de l'opposition, ou encore un TDAH accompagné d'un trouble de l'opposition. Il faut alors éliminer tous les autres troubles pouvant expliquer la présence des symptômes (diagnostic différentiel) et vérifier s'il y a présence d'un trouble en parallèle (comorbidité). Puisque les différents troubles pouvant avoir une symptomatologie similaire ou s'apparentant au TDAH peuvent aussi se présenter en comorbidité, il est important de consulter un ou des professionnels formés pour interpréter et analyser toute l'information. Les diagnostics rapides qui mènent prématurément à une médication alors que d'autres moyens d'intervention plus appropriés auraient pu être tentés sont à éviter.

RÉFÉRENCES : DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ET COMORBIDITÉ

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Clinical Practice Guideline : Diagnosis and Evaluation of the Child With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Pediatrics*, vol. 105, n° 5, 2000.

CONNERS, K., J. S. MARCH, A. FRANCES, K. C. WELLS, et R. ROSS. *Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Expert Consensus Guideline Series, Journal of Attention Disorders*, vol. 4, Supp. 1, 2001.

KRONSTRÖM-ASSELIN, L., et K. MORASSE. *Diagnostic et traitement du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité : Cahier du participant*, formation continue de l'Ordre des psychologues du Québec, (Québec, Ordre des psychologues du Québec), mars 2002.

PLISZKA, S. R., C. L. CARLSON et J. M. SWANSON. *ADHD with Comorbid Disorders*, New York, Guilford Press, 1999.

THOMAS, J., et G. WILLEMS. *Trouble de l'attention, impulsivité et hyperactivité chez l'enfant : approche neurocognitive*, Montréal, Masson, 1997.

DIAGNOSTIC

Procédure d'évaluation multidisciplinaire

Le TDAH nécessite un diagnostic clinique. En effet, aucun test médical ne nous permet de diagnostiquer ce trouble, puisqu'aucun marqueur biologique n'a été identifié avec certitude pour le moment. Les questionnaires ou les tests psychologiques ne le permettent pas plus avec certitude. Il est à noter que **les questionnaires, quoique fort utiles, ne reflètent que l'opinion des observateurs et ne peuvent, à eux seuls, justifier un diagnostic.**

Le diagnostic clinique repose sur des observations cliniques de critères qui ne sont pas tous exclusifs au TDAH. L'évaluation doit être rigoureuse et multidisciplinaire, car elle vise à éliminer toutes les autres causes possibles des symptômes observés. Elle nécessite de faire des observations dans plusieurs milieux de vie du jeune ainsi qu'un bilan médical. Il est donc difficilement envisageable pour une seule personne de recueillir toute l'information nécessaire.

Dans les lignes directrices sur l'usage des stimulants du système nerveux central (SSNC) (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001), on propose de diviser la procédure d'évaluation en trois étapes :

- l'accueil de la demande et du demandeur;
- la collecte structurée d'information;
- la confirmation des hypothèses.

1. L'ACCUEIL DE LA DEMANDE ET DU DEMANDEUR

Cette étape représente la porte d'entrée, si on peut dire, de la procédure d'évaluation. Le professionnel ou l'intervenant qui reçoit la demande organise une entrevue ouverte au cours de laquelle le demandeur (enseignant, parent, tuteur ou jeune) décrit la situation. Il importe d'éclaircir, dès le départ, les motifs de la consultation. **Le demandeur doit avoir la possibilité de dire dans ses propres mots les difficultés observées ou éprouvées. Cette étape est importante pour qu'un lien de confiance s'installe entre les deux parties.** La première entrevue permet aussi de recueillir des données de l'anamnèse sur le jeune en difficulté, c'est-à-dire des renseignements sur son histoire. Différents points doivent être abordés dans le but d'obtenir un portait complet des difficultés qui nuisent au développement de l'enfant. Ces données ne sont pas nécessairement importantes pour l'établissement du diagnostic, mais elles sont très pertinentes pour connaître les forces et les faiblesses de l'enfant. À partir de ces données, la personne consultée peut envisager différentes hypothèses diagnostiques qui influeront sur le choix de l'information à recueillir et des tests ou des outils à utiliser.

2. LA COLLECTE STRUCTURÉE D'INFORMATION

L'information recueillie lors de la réception de la demande suscitent des hypothèses. La deuxième étape du processus d'évaluation proposé dans les lignes directrices, permet, quant à elle, de recueillir des renseignements supplémentaires et de documenter ces hypothèses. La collecte se fait de façon structurée et permet d'établir des liens entre les différents milieux de vie de l'enfant. Le travail peut alors être partagé entre les différents intervenants ou professionnels qui travaillent en concertation, qu'ils soient issus du réseau de l'éducation ou de celui de la santé et des services sociaux.

Les renseignements qu'il importe de recueillir sont les suivants :

- **Problème :** Dans un premier temps, il est pertinent de connaître l'intensité du problème ainsi que la nature de ses manifestations.

  On se doit d'investiguer tout ce qui concerne l'histoire du jeune, son âge au début des manifestations et l'évolution des difficultés. Le contexte dans lequel les difficultés se présentent ainsi que les facteurs qui les exacerbent ou les atténuent sont des données très utiles pour l'intervention ultérieure. Il est important aussi de vérifier si des évaluations ont été faites dans le passé, de s'informer des interventions qui ont été tentées et d'avoir un aperçu des résultats obtenus. Pour évaluer le degré de motivation des parents à s'impliquer dans la démarche ainsi que celui de tous ceux qui interviennent auprès du jeune, on doit connaître leurs perceptions et leurs impressions à l'égard des problèmes vécus par l'enfant.

- **Les antécédents périnataux :** Les données sur la grossesse et l'accouchement sont importantes pour établir le diagnostic différentiel. C'est pourquoi il est essentiel de connaître les circonstances entourant le déroulement de la grossesse, les complications, le cas échéant, et la durée de la grossesse.

  Les données sur l'accouchement, soit la durée du travail et les complications, sont aussi pertinentes, ainsi que celles qui concernent le bébé durant la période néonatale (poids, Apgard, problèmes de santé, traitements reçus). Certaines complications à la naissance ou durant la grossesse telles qu'un manque d'oxygène à la naissance, un empoisonnement intra-utérin, un syndrome d'alcoolisme fœtal, ou autres, peuvent causer des séquelles qui s'apparentent au TDAH.

- **Histoire médicale :** Revoir l'histoire médicale de l'enfant avec les parents permet de connaître les problèmes de santé aigus ou chroniques vécus par l'enfant, les interventions chirurgicales, les hospitalisations et les médications passées et présentes. Ces données permettent d'éliminer ou de confirmer la présence d'une cause physiologique qui pourrait expliquer la problématique actuelle, ou encore de mettre en évidence des facteurs qui pourraient interférer avec un traitement éventuel. Les pertes de conscience, les accidents à la tête ou les intoxications doivent être documentés.

- **Développement de l'enfant :** Les renseignements sur le développement de l'enfant sont importantes, car ils permettent de situer l'enfant par rapport aux différents stades de développement. Ainsi, on pourra constater si la personne présente un retard quelconque sur le plan de la croissance, de la motricité fine ou globale, du langage, de la propreté, etc., et si ce retard pourrait causer ou expliquer les difficultés vécues par l'enfant.

  Ces renseignements peuvent donner une idée des habiletés et des champs d'intérêt du jeune. Les premiers pas, la socialisation en bas âge, la réaction à la frustration, les traits de personnalité, les problèmes de sommeil, les premiers apprentissages (vélo, nage, graphisme, etc.), le comportement dans les jeux et l'attitude par rapport aux règles sont des éléments pertinents à connaître.

- **Histoire du comportement :** L'histoire du comportement permet de vérifier la présence de comportements problématiques avant l'âge de 7 ans, une condition obligatoire pour établir un diagnostic de TDAH.

  L'histoire du comportement englobe tout ce qui concerne le tempérament, la personnalité et le comportement du jeune. Il importe d'observer le degré d'autonomie du jeune et sa socialisation (facilité à se faire des amis, nombre d'amis, capacité à les garder). Les renseignements sur le sommeil et l'alimentation sont aussi pertinents, de même que la présence ou non de troubles de comportement tels que l'agressivité, le retrait social, l'anxiété, l'opposition, etc.

- **Histoire scolaire :** Pour avoir le portrait complet d'un élève, il faut l'observer non seulement dans son milieu familial, mais aussi dans d'autres milieux telle l'école.

  Les renseignements à connaître concernant ce milieu sont les problèmes notés chez le jeune avant son entrée scolaire, son adaptation au milieu scolaire, son comportement à l'école, son niveau scolaire et la structure de sa classe. Il importe également de savoir s'il y a eu des redoublements, des échecs et des changements d'école. Il est aussi pertinent de vérifier la qualité de la relation enfant-enseignant, enfant-personnel ainsi que son attitude par rapport à l'autorité de même que pendant les devoirs et les leçons. Les processus cognitifs de l'enfant ainsi que les moments et situations où les comportements inadéquats se présentent sont aussi des données très importantes.

- **Histoire familiale et sociale :** La présence du trouble dans la famille immédiate ou élargie est un indice supplémentaire et pertinent puisqu'il est fort probable que le TDAH ait des bases génétiques. Ces renseignements peuvent aussi orienter la démarche diagnostique en fonction d'autres problématiques.

  L'histoire familiale permet de connaître les antécédents familiaux du jeune évalué. On recueille les données démographiques des parents (âge, degré de scolarité, emploi) ainsi que leurs antécédents médicaux, psychologiques et scolaires. Les relations familiales, la fratrie, les habitudes de vie, la structure et l'organisation familiale ainsi que son fonctionnement en général sont des données importantes à connaître.

- **Forces :** Il est pertinent de connaître les activités dans lesquelles le jeune excelle ainsi que ses talents et habiletés. Ses goûts et ses loisirs préférés sont des données tout aussi importantes, surtout quand vient le temps de mettre en place des interventions et des systèmes de motivation.

Différents moyens sont utilisés pour recueillir l'information nécessaire :

- **Échelles de comportement :** Le choix d'une échelle plutôt qu'une autre dépend des hypothèses de départ. Il existe des échelles de comportement dites non spécifiques (Achenback; EDC de Bullock et Wilson; Parental Stress Inventory-PSI; etc.) qui permettent d'évaluer différents aspects du comportement de l'enfant et donnent des indices sur la présence d'un trouble donné. La plupart d'entre elles comportent des versions pour enseignants ou pour parents. Ces échelles ne sont pas conçues pour distinguer spécifiquement les enfants qui présentent un TDAH de ceux qui n'en présentent pas, mais pour détecter la présence possible de diverses problématiques. Lorsque l'hypothèse émise suggère la présence possible d'un autre trouble que le TDAH, en comorbidité ou non, ces échelles seraient probablement une bonne piste de départ pour l'évaluation du jeune.

  Il existe aussi des échelles de comportement dites spécifiques qui sont conçues pour évaluer la présence de comportements liés au TDAH (Échelle d'Asselin, Échelle de Poulin, Échelle de Conners, DAH, etc.). Comme dans le cas des échelles non spécifiques, certaines ont des versions différentes pour enseignants ou pour parents, alors que d'autres n'ont qu'une version commune pour tous les répondants. Ces échelles permettent de vérifier la correspondance de certains comportements du jeune avec une série de critères diagnostiques du DSM-IV. Elles nous situent donc sur la perception des personnes qui les remplissent en fonction des critères diagnostiques associés à différents troubles, dont le TDAH.

  Les échelles de comportement sont de bons outils exploratoires. Elles sont faciles à utiliser, et sont relativement rapides à remplir. Elles facilitent également la collecte d'information dans différents milieux de vie du jeune. Il ne faut toutefois pas leur donner plus de poids qu'elles en ont. **Elles nous permettent de connaître la vision ou l'opinion des personnes en contact avec l'enfant, mais ne peuvent justifier à elles seules le diagnostic d'un TDAH (Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2001).** Ainsi, leur apport se limite à définir, d'une façon standardisée, les perceptions des différents intervenants qui sont en contact avec le jeune évalué. Dans tous les cas, les résultats obtenus à l'aide des questionnaires doivent être interprétés par un professionnel expert. (La version du Conners qui a été mise sur le marché en 2000 combine les deux types d'échelles dans un même outil.)

- **Entrevue avec l'enfant ou l'adolescent :** Cette étape est importante, car elle permet de connaître les forces, les difficultés et les motivations du jeune. Elle permet également d'évaluer la conscience qu'a le jeune de ses difficultés, le degré de contrôle qu'il reconnaît avoir sur son comportement, sa motivation à changer des aspects de son comportement ou de sa vie, la présence de personnes significatives de son entourage pouvant lui venir en aide ainsi que ses passions et activités favorites. Cette rencontre permet aussi de mettre en relief le type de relation que le jeune entretient avec ses parents et les adultes qui gravitent autour de lui. Les interactions suscitées pendant l'entrevue permettent d'observer des attitudes et comportements spécifiques comme l'opposition ou l'anxiété.

- **Entrevue avec les parents :** En plus de fournir des données importantes de l'anamnèse, les parents sont bien placés pour donner un portrait comportemental de leur jeune. Cette entrevue permet aussi d'évaluer la qualité de vie et des interactions dans la famille et de connaître les interventions tentées par le passé, leur efficacité et le type de relations qu'ils entretiennent dans les divers milieux du jeune, dont le milieu scolaire.

- **Évaluation psychométrique :** Selon les hypothèses émises au cours de l'étape précédente, un choix de tests psychométriques peut être effectué. Différents aspects de la nature des difficultés présentées par le jeune peuvent alors être analysés afin d'en faire ressortir les impacts respectifs.

  Si l'hypothèse d'un TDAH est prédominante, on peut faire passer des tests de type cognitif afin d'évaluer différents aspects de l'attention et de déterminer comment une composante d'un trouble peut provoquer un retard de développement. Un portrait plus précis des déficits de l'individu peut ainsi être dressé. Le déficit d'attention peut être documenté davantage en évaluant les types de déficits que le jeune présente : attention partagée, attention soutenue, attention sélective, vigilance, plasticité, etc. Cette évaluation n'est pas essentielle pour établir le diagnostic, mais peut s'avérer très utile, ou même nécessaire, pour élaborer un plan d'intervention mieux adapté aux besoins du jeune.

Dans la majorité des cas, il est pertinent d'évaluer les capacités intellectuelles du jeune par des tests standardisés. Le résultat global peut indiquer la présence d'une déficience intellectuelle légère, ou du moins un décalage entre les capacités du jeune et son rendement actuel. Les résultats lors des sous-tests spécifiques peuvent indiquer un trouble d'apprentissage plus spécifique.

Lorsqu'il y a hypothèse de trouble d'apprentissage, une évaluation par des tests en orthopédagogie peut, dans certains cas, permettre d'évaluer l'ampleur des difficultés et de documenter davantage leur nature.

Pour les cas complexes ou graves, une évaluation en neuropsychologie ou pédopsychiatrie peut être indiquée pour mieux cerner la nature des difficultés. De même, dans les cas où la présence de difficultés d'ordre moteur, calligraphique, visuo-spatial ou spatio-temporel revêt une importance particulière, une évaluation en ergothérapie pourrait s'avérer pertinente.

Lorsque des hypothèses supposent la présence de composantes d'aspect affectif venant interférer avec le comportement du jeune, l'usage de tests de type projectif revêt une importance particulière.

Dans tous les cas, l'intervenant procédant à l'évaluation devra s'assurer d'utiliser uniquement les mesures pertinentes et de ne pas surévaluer.

- **Rôle du milieu scolaire :** Étant donné que le jeune passe 30 heures par semaine à l'école, ce milieu constitue une source d'information privilégiée quant au comportement et aux attitudes du jeune. Les intervenants du milieu scolaire sont les mieux placés pour documenter les éléments suivants : le rendement scolaire; le comportement de l'enfant et ses réactions à l'égard des tâches ordinaires, des difficultés éprouvées, des exigences et des mesures d'encadrement; les stratégies et interventions utilisées ainsi que les résultats obtenus; les interactions élève-enseignants et élève-pairs; l'attitude générale du jeune dans le milieu scolaire; et la collaboration parent-école.

  Dans bien des cas, il est pertinent pour la personne évaluant le jeune d'observer celui-ci directement dans le milieu scolaire, soit en classe et à l'extérieur de la classe. Cette observation se fait souvent selon les techniques d'observation standardisées et permet d'identifier la fréquence et l'intensité des comportements, le contexte dans lequel ils se présentent ainsi que les conditions qui les renforcent.

- **Contact avec le milieu de garde :** Pour les jeunes enfants qui ne sont pas encore à l'école ou ceux qui sont plus vieux et qui fréquentent un milieu de garde, sous une forme ou une autre, un contact avec leur milieu de garde peut être pertinent afin d'avoir un point de vue différent du milieu familial. Il peut être tout aussi intéressant de connaître l'opinion des intervenants du service de garde, même si le jeune est en milieu scolaire. Les points qu'il importe d'aborder avec les intervenants sont les suivants : le comportement de l'enfant dans les activités structurées et libres; ses réactions à l'égard des contraintes et des interventions; et ses relations avec ses pairs et les intervenants.

- **Contact avec les autres milieux de vie (sports et loisirs, intervenants sociaux, etc.) :** Il peut être intéressant de connaître la vision des autres intervenants qui gravitent autour du jeune. Comment ce dernier se comporte-t-il dans les activités de loisir ou les sports structurés, ou en présence d'un intervenant qui le suit depuis quelque temps? L'attitude du jeune change-t-elle quand il est dans une situation où il connaît du succès? Qu'est-ce qui le motive?

3. LA CONFIRMATION DES HYPOTHÈSES

Cette dernière étape consiste à effectuer une synthèse de tous les renseignements. Ceux-ci étant souvent recueillis par plusieurs intervenants, une concertation entre ces derniers est nécessaire. Le partage d'information permettra d'obtenir une vision autant globale que spécifique de la situation et une confirmation de la présence d'un TDAH ou non. Puisque les professionnels et les intervenants ne travaillent pas toujours dans le même milieu, il va sans dire qu'une autorisation de transmettre les renseignements doit être accordée dès le début par les parents ou le jeune, si celui-ci est âgé de 14 ans ou plus.

Les lignes directrices publiées en septembre 2001 tracent les grandes lignes de l'encadrement du processus d'évaluation concernant le TDAH. Les professionnels des milieux de la santé et de l'éducation peuvent s'y référer afin de préciser leur action. Chacun doit toutefois s'assurer d'avoir les compétences nécessaires pour prendre part au processus diagnostique à sa façon et selon ses compétences.

Ce document indique, à titre indicatif, et compte tenu de la somme de renseignements qui doivent être obtenus et traités par le médecin, que cette évaluation peut difficilement se réaliser en une seule rencontre, surtout si celle-ci dure moins d'une heure. De plus, compte tenu de la somme de renseignements que le psychologue doit obtenir et traiter, il est peu probable qu'il puisse réaliser cette évaluation en moins de 10 heures, en particulier s'il doit évaluer les capacités intellectuelles de l'enfant ou de l'adolescent. Pour ne pas allonger inutilement le processus, le psychologue doit donc s'assurer de limiter son évaluation aux seules interventions nécessaires et pertinentes.

DUBÉ, R. *L'hyperactivité et le déficit d'attention chez l'enfant : de l'évaluation à l'intervention*, Actes de colloque « Hyperactivité et troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent », Montréal, Hôpital Sainte-Justine, janvier 2000.

DULCAN, M. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescent, and Adults With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, n° 10, 1997.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central : Lignes directrices*, Montréal, 2001.

DIAGNOSTIC

Critères diagnostiques

Le diagnostic du trouble est basé sur des critères précis, qui décrivent des comportements spécifiques que présente le jeune. Deux manuels diagnostiques sont utilisés à cette fin : la Classification internationale des maladies (CIM-10) et le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

Le DSM-IV (Diagnostic and Statitical Manual of Mental Disorders, 4e édition) est le manuel diagnostique le plus utilisé en Amérique du Nord. Il est publié par l'Association américaine de psychiatrie et présente une description clinique des troubles mentaux. Les critères qu'on y trouve relativement au TDAH sont indiqués ci-après :

A Présence soit de 1, soit de 2

1 Six des symptômes d'inattention suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Inattention

a) souvent, ne parvient pas à prêter attention aux détails ou fait des fautes d'étourderie dans ses devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités;

b) souvent, a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux;

c) souvent, semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement;

d) souvent, ne se conforme pas aux consignes et ne parvient pas à mener à terme ses devoirs scolaires, ses tâches domestiques ou ses obligations professionnelles (cela n'est pas dû à un comportement d'opposition ni à une incapacité à comprendre les consignes);

e) souvent, a du mal à organiser ses travaux ou ses activités;

f) souvent, évite, a en aversion ou fait à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu (comme le travail scolaire ou les devoirs à la maison);

g) souvent, perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (ex : jouets, cahiers de devoirs, crayons, livres ou outils);

h) souvent, se laisse facilement distraire par des stimuli externes;

i) oublis fréquents dans la vie quotidienne.

2 Six des symptômes d'hyperactivité-impulsivité suivants (ou plus) ont persisté pendant au moins 6 mois, à un degré qui est inadapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

Hyperactivité

a) souvent, remue les mains ou les pieds, ou se tortille sur son siège;

b) souvent, se lève en classe ou dans d'autres situations où il est supposé rester assis;

c) souvent, court ou grimpe partout, dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'impatience motrice);

d) souvent, a du mal à se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisir;

e) souvent, est « sur la brèche » ou, souvent, agit comme s'il était « monté sur ressorts »;

f) souvent, parle trop;

Impulsivité

g) souvent, laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée;

h) souvent, a du mal à attendre son tour;

i) souvent, interrompt les autres ou impose sa présence (ex.: fait irruption dans les conversations ou dans les jeux).

B Certains des symptômes d'hyperactivité-impulsivité ou d'inattention ayant provoqué une gêne fonctionnelle étaient présents avant l'âge de 7 ans.

C Présence d'un certain degré de gêne fonctionnelle liée aux symptômes dans deux ou plus de deux types d'environnements différents (ex.: à l'école – ou au travail – et à la maison).

D On doit mettre clairement en évidence une altération cliniquement significative du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

E Les symptômes ne surviennent pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un trouble psychotique, et ils ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex.: trouble thymique, trouble anxieux, trouble dissociatif ou trouble de la personnalité).

Bien que chez la plupart des sujets, les symptômes d'inattention et les symptômes d'hyperactivité/impulsivité coexistent, chez certains, l'un ou l'autre mode de conduite est prédominant. C'est la nature des symptômes prédominants au cours des 6 derniers mois qui déterminera le sous-type clinique.

Déficit de l'attention/hyperactivité, type mixte: si à la fois les critères A1 et A2 sont remplis pour les 6 derniers mois.

Déficit de l'attention/hyperactivité, type inattention prédominante: si, pour les 6 derniers mois, le critère A1 est rempli mais pas le critère A2.

Déficit de l'attention/hyperactivité, type hyperactivité-impulsivité prédominante: si, pour les 6 derniers mois, le critère A2 est rempli mais pas le critère A1.

La CIM-10 (1994) est la classification utilisée en Europe pour le diagnostic des troubles mentaux.

Les critères rattachés à la problématique du déficit de l'attention et de l'hyperactivité qui est désigné comme un trouble hyperkinétique sont présentés ci-dessous:

Note: Les critères diagnostiques pour la recherche du trouble hyperkinétique exigent la présence d'une inattention, d'une hyperactivité et d'une impulsivité qui sont envahissantes, persistantes et présentes dans plusieurs situations et qui ne sont pas dues à un autre trouble (par exemple un autisme ou un trouble de l'humeur).

G1 **Inattention**

Au moins six des symptômes d'inattention ont persisté pendant un minimum de six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant:

- ne parvient souvent pas à prêter attention aux détails ou fait des « fautes d'attention » dans les devoirs scolaires, le travail ou d'autres activités;
- ne parvient souvent pas à soutenir son attention dans des tâches ou des activités de jeu;
- ne parvient souvent pas à écouter ce qu'on lui dit;

- ne parvient souvent pas à se conformer aux directives venant d'autrui ou à finir ses devoirs, corvées ou obligations dans le lieu de travail (non dû à un comportement oppositionnel ou à un manque de compréhension des instructions);
- a souvent du mal à organiser des tâches ou des activités;
- évite souvent ou fait très à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu, telles que les devoirs à faire à domicile;
- perd souvent des objets nécessaires à son travail ou à certaines activités à l'école ou à la maison (exemple : crayons, livres, jouets, outils);
- est souvent facilement distrait par des stimuli externes;
- fait des oublis fréquents au cours des activités quotidiennes.

G2 **Hyperactivité**

Au moins trois des symptômes suivants d'hyperactivité ont persisté pendant un minimum de six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- agite souvent ses mains ou ses pieds, ou se tortille sur sa chaise;
- se lève en classe ou dans d'autres situations, alors qu'il devrait rester assis;
- souvent, court partout ou grimpe de façon excessive, et dans des situations où cela est inapproprié (chez les adolescents ou les adultes, ce symptôme peut se limiter à un sentiment subjectif d'agitation);
- est souvent exagérément bruyant dans des jeux ou a du mal à participer en silence à des activités de loisir;
- fait preuve d'une activité motrice excessive, non influencée par le contexte social ou les consignes.

G3 **Impulsivité**

Au moins un des symptômes suivants d'impulsivité a persisté pendant un minimum de six mois, à un degré qui est mal adapté et qui ne correspond pas au niveau de développement de l'enfant :

- se précipite souvent pour répondre aux questions sans attendre qu'on ait terminé de les poser;
- ne parvient souvent pas à rester dans la queue ou à attendre son tour dans les jeux ou d'autres situations de groupe;
- interrompt souvent les autres ou impose sa présence (ex. : fait irruption dans les conversations ou les jeux des autres);
- parle souvent trop sans tenir compte des conventions sociales.

G4 Le trouble survient avant l'âge de 7 ans.

G5 **Caractère envahissant** du trouble. Les critères doivent être remplis dans plus d'une situation, par exemple l'association d'une inattention et d'une hyperactivité doit être présente à la fois à la maison et à l'école, ou à la fois à l'école et dans une autre situation où les enfants font l'objet d'une observation, comme un centre de soins. (Pour mettre en évidence la présence des critères dans plusieurs situations, on doit habituellement disposer d'information provenant de plusieurs sources; il est peu probable que les parents puissent fournir des renseignements suffisants sur le comportement de leur enfant à l'école.)

G6 Les symptômes cités aux points G1 à G3 sont à l'origine d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement social, scolaire ou professionnel cliniquement significative.

G7 Ne répond pas aux critères d'un trouble envahissant du développement, d'un épisode maniaque, d'un épisode dépressif ou d'un trouble anxieux.

On remarque que les critères diagnostiques sont comparables d'une classification à l'autre. La principale différence réside dans ce qui est requis pour en établir un diagnostic de TDAH. La CIM-10 est plus restrictive que le DSM-IV, car elle exige la présence de symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité pour que le diagnostic soit posé. Le DSM-IV, quant à lui, exige la présence de symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité-impulsivité. Il reconnaît trois types de TDAH, contrairement à son homologue européen. De plus, ce dernier ne reconnaît pas la possibilité d'une comorbidité avec un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, alors que le DSM-IV n'exclut pas cette possibilité.

À la lumière de ces faits, on peut comprendre pourquoi la prévalence du TDAH diffère entre les deux continents. En Europe, le diagnostic du trouble est plus difficile à poser puisque le jeune doit présenter à la fois des symptômes d'inattention, d'hyperactivité et d'impulsivité. En Amérique, le jeune peut présenter soit des symptômes d'inattention ou d'hyperactivité-impulsivité, ou les deux, ce qui augmente le nombre d'individus pouvant répondre à ces critères.

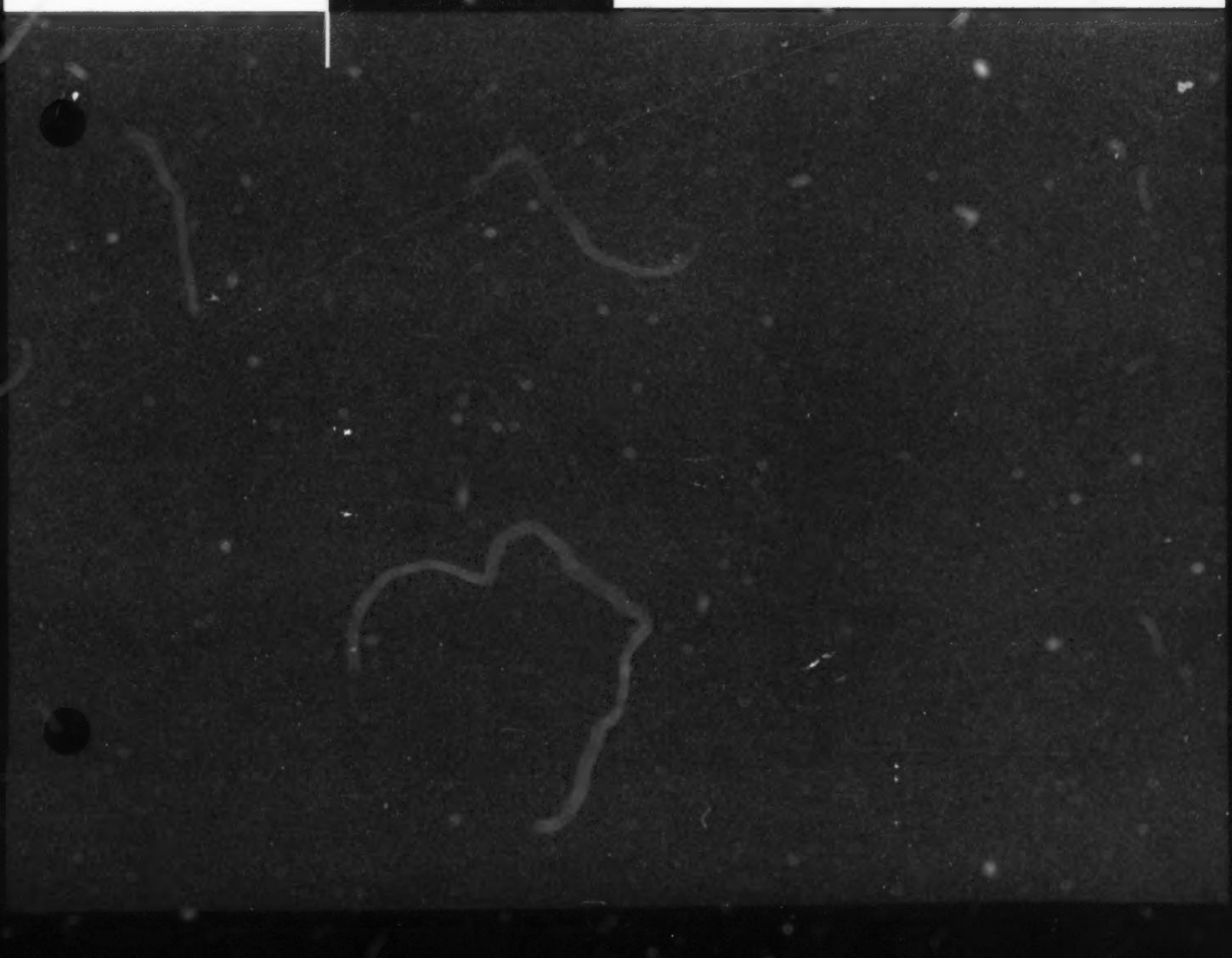
RÉFÉRENCES : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-IV-TR : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e éd., 2001.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. CIM-10 : *Classification Internationale des Maladies*, 10e éd., Paris, Masson, 1994.

INTERVENTION



INTERVENTION

Prévention

Il est maintenant reconnu que l'apparition du TDAH est, dans la majorité des cas, une résultante de l'effet combiné d'une prédisposition génétique et de composantes développementales. Or, si on considère les bases biologiques et génétiques, il est difficilement envisageable de mettre en place des programmes de protection diminuant le risque d'apparition du trouble. En effet, les connaissances actuelles ne font pas mention de moyens pouvant prévenir les dysfonctions neurobiologiques associées à des facteurs biologiques (Charlesbois, 1999). On peut cependant agir efficacement en ce qui concerne les éléments qui entourent et influencent le développement du jeune.

Il existe des opportunités importantes de prévention concernant les facteurs prénataux et périnataux associés au TDAH. En effet, plusieurs complications périnatales ou prénatales comme le syndrome alcoolo-fœtal, un manque d'oxygène à la naissance ou un empoisonnement du liquide amniotique, la prématurité et la malnutrition peuvent avoir comme conséquences une déficience attentionnelle ou une motricité excessive.

Voici donc certaines mesures préventives possibles concernant les facteurs de risque prénataux et périnataux :

	Populations ciblées	Interventions possibles
■ **Facteurs de risque prénataux**	■ Jeunes filles du primaire et du début du secondaire à risque : – maternité précoce – toxicomanie – isolement social – pauvreté ■ Autres grossesses à risque élevé (GARE)	■ Orientation vers les programmes des CLSC : – Aide alimentaire (OLO) – Naître égaux, grandir en santé (NEGS) – Services médicaux – Suivi de santé et suivi psychosocial ■ Promotion des cours prénataux ■ Aide à la réussite scolaire ■ Développement de l'estime de soi ■ Information sur les habiletés parentales ■ Information sur les toxicomanies
■ **Facteurs de risque périnataux et postnataux**	■ Jeunes mères d'un premier enfant qui : – vivent sous le seuil de la pauvreté – souffrent d'isolement – sont peu scolarisées ■ Autres familles à risque élevé	■ Orientation vers les programmes des CLSC : – Aide alimentaire (OLO) – Naître égaux, grandir en santé (NEGS) – Services médicaux – Suivi de santé et suivi psychosocial – Service d'aide à l'enfant dans son milieu (SAEM) – Yapp et Gapp ■ Aide alimentaire ■ Répit dépannage ■ Information sur les habiletés parentales favorisant l'autorégulation et les habiletés sociales

Beaucoup d'enfants ont toutefois développé le trouble sans la présence de difficultés prénatales ou périnatales. Pour ces derniers, on parlera plutôt d'approches visant à retarder ou à diminuer l'apparition des manifestations du TDAH ou de moyens visant la prévention du développement de troubles associés. On peut alors miser sur des éléments que l'on considère comme des facteurs de protection sur lesquels on peut exercer une certaine influence :

Facteurs individuels	■ Dépistage précoce de la problématique ■ Développement des habiletés sociales ■ Relation avec l'autorité
Facteurs familiaux	■ Encadrement de la part des parents ■ Promotion de programmes pour contrer la toxicomanie, le tabagisme et l'alcoolisme ■ Communication entre les membres de la famille ■ Fonctionnement familial (niveau de stress, entente dans le couple, etc.)
Facteurs scolaires	■ Rendement scolaire adéquat ■ Intégration dans le groupe des pairs ■ Encadrement de la part du personnel afin de donner aux élèves un environnement sécuritaire ■ Relation avec l'enseignant ■ Communication et collaboration parent-enseignant ■ Sentiment d'appartenance au milieu scolaire ■ Reconnaissance par le milieu scolaire des efforts fournis par l'élève
Facteurs socioéconomiques	■ Degré de scolarité des parents ■ Mesures d'aide financière pour les familles

Toute intervention visant à améliorer ces différents aspects de la vie du jeune peut contribuer à diminuer les risques pour le jeune de développer des difficultés associées ou d'autres troubles.

Des programmes de prévention peuvent aussi être mis en place pour atteindre ces mêmes buts. Ces programmes pourraient cibler, entre autres, les élèves du préscolaire qui montrent des comportements liés au déficit d'attention et/ou à l'hyperactivité.

Une myriade d'interventions pourraient alors être choisies en fonction des objectifs visés. Par exemple, elles pourraient cibler :

- une bonne concertation entre l'école, les services sociaux, les cliniques médicales et les milieux hospitaliers, les services psychosociaux et universitaires;
- une répartition adéquate du financement afin d'offrir les services;
- une sélection adéquate des cas qui répondent le mieux à un programme de prévention et d'intervention;
- une intervention continue du préscolaire au secondaire;
- une intervention multimodale agissant tant à l'école, à la maison que dans les loisirs.

Dans son chapitre sur la prévention des problèmes associés au déficit d'attention avec hyperactivité, Charlebois (1999) fait une comparaison entre divers types de programmes de prévention. Selon sa recension, ce sont les programmes d'intervention multimodale préventive longitudinale (sur une longue période de temps) qui obtiennent de meilleurs résultats. La plupart de ces programmes prévoient des interventions behaviorales-cognitives auprès des enfants ainsi qu'un soutien aux parents et aux enseignants.

- **Interventions auprès des enfants :** Ces interventions se présentent sous la forme de rencontres hebdomadaires au cours desquelles on agit sur les habiletés sociales, l'autocontrôle et la résolution de conflits par des activités de groupe ou des rencontres individuelles. Un suivi médical périodique et approprié est aussi proposé pour ceux qui prennent des médicaments.
- **Interventions auprès des parents :** Des rencontres de groupe sont offertes aux parents pour discuter et développer leurs habiletés parentales. De l'information sur la problématique est transmise. Un soutien avec supervision individuelle ainsi qu'une aide pour les situations de crise sont aussi offerts.
- **Interventions auprès des enseignants :** On offre aux enseignants un soutien en matière de gestion des apprentissages et des comportements ainsi qu'une formation sur l'utilisation de stratégies d'autorégulation et de résolution de conflits en classe. Les enseignants sont aussi amenés à se regrouper afin de s'aider à gérer des comportements et à rechercher des stratégies favorisant la concentration et l'autocontrôle chez les élèves.

La prévention du TDAH est variée et peut répondre à différents besoins. Elle peut toucher les facteurs biologiques comme les facteurs psychosociaux. Son efficacité réside dans le choix des interventions à faire en fonction de la population visée. Les recherches montrent bien l'utilité des programmes de prévention lorsqu'ils sont mis en œuvre tôt dans la vie du jeune et touchent plusieurs aspects de sa vie. Ainsi, ce dernier a beaucoup moins de risque de développer d'autres troubles et ses chances de croître selon son groupe d'âge sont plus grandes.

RÉFÉRENCES : PRÉVENTION

BARKLEY, R. A. *Hyperactive Children : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, New York, Guilford Press, 1981.

CHARLEBOIS, P. « La prévention des problèmes associés au déficit d'attention avec hyperactivité », dans F. Vitaro et C. Gagnon, *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II, Les problèmes externalisés*, Montréal, Presses de l'université du Québec, 1999.

WEISS, G., et L. HECHTMAN. *Hyperactive Children Grown Up*, New York, Guilford Press, 1986.

INTERVENTION

Intervention multimodale

L'intervention multimodale nécessite d'utiliser plusieurs moyens d'intervention pour agir sur un objectif donné. En ce qui concerne le TDAH, l'intervention multimodale fait entre autres référence au traitement combiné, c'est-à-dire la combinaison d'une médication à des interventions psychosociales ou comportementales. Les recherches récentes indiquent ce mode de traitement comme celui qui donne les meilleurs résultats dans le traitement du TDAH. L'intervention multimodale peut aussi signifier toute autre combinaison de traitements faisant appel à une diversité de moyens.

Le National Institute of Health a fait une recherche d'envergure sur le traitement multimodal du TDAH. Les chercheurs ont regroupé 579 sujets dans quatre groupes de traitement. Les sujets, âgés de 7 ans à 9 ans et 9 mois, étaient majoritairement des garçons présentant le TDAH. Un premier groupe a été soumis au traitement dit communautaire, c'est-à-dire qu'ils ne recevaient que les services réguliers offerts dans leur milieu. Ce groupe servait de groupe témoin (70 % des jeunes de ce groupe ont reçu une prescription de Ritalin).

Un deuxième groupe a été soumis à un traitement pharmacologique seul. Le suivi médical se faisait mensuellement et les doses étaient ajustées selon les besoins. Chaque enfant recevait 3 doses par jour, 7 jours par semaine, tout au long de la période d'étude de 14 mois.

Un troisième groupe a été soumis à un traitement psychosocial seul basé principalement sur les techniques de la thérapie behaviorale. Ce traitement comprenait des rencontres hebdomadaires avec les parents pendant 6 mois. À la fin de cette période, la fréquence des rencontres était diminuée pour atteindre un total de 35 rencontres. Ces rencontres se faisaient en groupe ou individuellement. Elles avaient pour but d'offrir un soutien aux parents et de leur apprendre à utiliser des techniques facilitant l'encadrement de leur enfant. Des interventions étaient aussi faites dans le milieu scolaire, où les enseignants participaient à des sessions de formation sur les techniques behaviorales et recevaient du soutien sous la forme de rencontres et de contacts téléphoniques ainsi que l'aide d'un technicien en éducation spécialisée (TES) qui venait en classe une demi-journée chaque jour pendant 12 semaines pour mettre en place un système de renforcement. De plus, des interventions directes auprès des enfants étaient mises en œuvre. Les enfants participaient à un programme d'été, à raison de 9 heures par jour pendant 8 semaines, qui portait sur les habiletés sociales, le rendement scolaire, l'obéissance et l'efficacité personnelle.

Le quatrième groupe a été soumis à un traitement combiné, c'est-à-dire qu'il a reçu le même traitement pharmacologique que le deuxième groupe, de même qu'un traitement psychosocial semblable à celui du troisième groupe.

Les résultats obtenus sont éloquents. La médication seule et le traitement combiné ont diminué davantage les symptômes primaires du TDAH que le traitement psychosocial seul ou le traitement communautaire. Le traitement combiné a toutefois été supérieur aux trois autres pour ce qui est de l'amélioration du fonctionnement global des enfants. Tous les groupes de traitement se sont améliorés pendant la période d'étude. En ce qui concerne la médication, il a été noté que le groupe soumis au traitement combiné recevait en moyenne une dose inférieure au groupe soumis au traitement pharmacologique seul. En effet, les enfants du groupe de traitement pharmacologique recevaient une dose moyenne quotidienne de 38 mg comparativement à 31 mg dans le groupe de traitement combiné. De plus, l'augmentation des doses pendant la période d'étude du groupe de traitement pharmacologique seul a été de quatre fois supérieure par rapport au groupe de traitement combiné. Il semble donc que le traitement psychosocial contribue à maintenir la médication à une dose minimale.

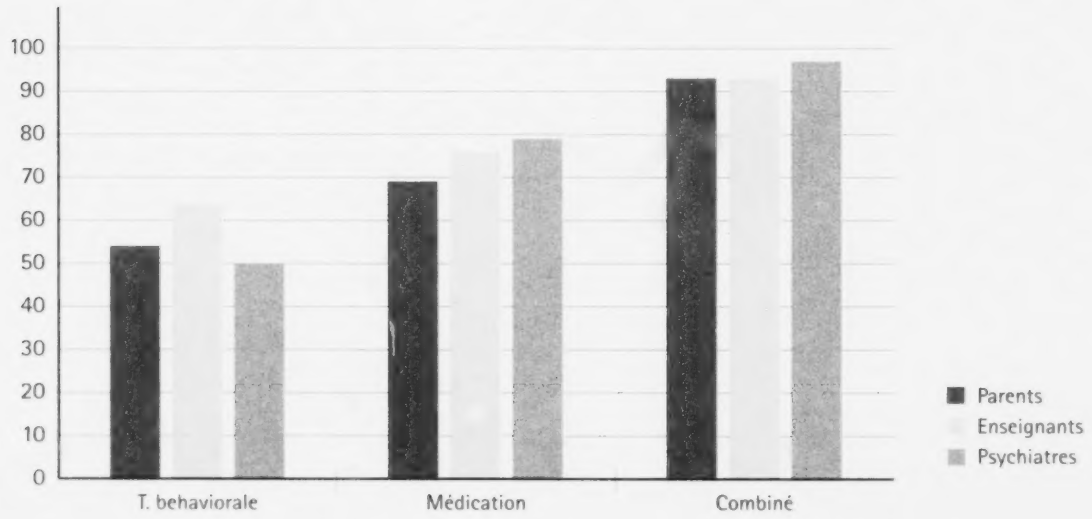
Il faut toutefois faire attention à certains faits concernant les résultats de cette étude. Ceux-ci ont été obtenus à l'aide de traitements soigneusement élaborés et difficilement applicables dans tous les milieux en raison des coûts et de l'ampleur des ressources qui doivent y être associés. Il est difficile d'obtenir des résultats similaires si l'on est incapable d'assurer la même qualité des interventions dans la pratique clinique quotidienne. De plus, le degré de motivation des familles devait être élevé pour pouvoir participer à l'étude et bénéficier des traitements offerts, ce qui n'est pas toujours le cas des personnes qui consultent pour obtenir de l'aide. Il se peut aussi que les familles du groupe de traitement pharmacologique seul aient eu accès à des traitements psychosociaux en dehors du cadre de l'étude, ce qui causerait une surestimation des bienfaits de la médication seule. Enfin, les sujets étant âgés de 7 à 9 ans, il est difficile d'en généraliser les effets sur d'autres groupes d'âge (Kronström-Asselin et Morasse, 2002).

Klein et Abikoff (1997) ont voulu évaluer entre autres l'efficacité de la thérapie behaviorale, de la médication et de la combinaison des deux types de traitements et l'effet du retrait de la médication après un traitement combiné. Quatre-ving-neuf enfants âgés de 6 à 12 ans présentant un TDAH ont donc été assignés à trois groupes de traitement pour une durée de 8 semaines : une thérapie behaviorale et un placebo ; un traitement au méthylphénidate seul ; une thérapie behaviorale et un traitement au méthylphénidate. Les enfants du dernier groupe ont, après 8 semaines, été soumis à un placebo à leur insu.

Le traitement par la thérapie behaviorale était appliqué tant à l'école qu'à la maison. Le thérapeute rencontrait les parents à au moins deux reprises avant de commencer le traitement. Les principes généraux associés à la théorie de l'apprentissage de même que les pratiques parentales facilitantes étaient abordés avec eux. Un programme de modification de comportement était mis en place par la suite et des rencontres hebdomadaires avaient lieu entre les parents et les enseignants, avec la présence de l'enfant.

Les enfants du groupe de traitement au méthylphénidate se voyaient prescrire une dose minimum que l'on augmentait graduellement jusqu'à un maximum de 60 mg par jour ou jusqu'à ce que l'effet optimal soit atteint. Les enfants du groupe de traitement combiné recevaient de la médication et étaient soumis à une thérapie behaviorale selon les mêmes modalités que le groupe recevant la thérapie behaviorale seule.

Les résultats vont dans le même sens que ceux obtenus par le NIMH. C'est le traitement combiné qui reçoit le taux de satisfaction le plus élevé de la part des enseignants (93 % comparativement à 69 % pour la médication seule et 57 % pour la thérapie behaviorale seule), des parents (93 % comparativement à 76 % pour la médication seule et 64 % pour la thérapie behaviorale seule) et des psychiatres (97 % comparativement à 79 % pour la médication seule et 50 % pour la thérapie behaviorale seule), suivi de la médication seule et de la thérapie behaviorale seule (voir l'illustration ci-dessous). En ce qui concerne le retrait de la médication après un traitement combiné, les résultats sont peu concluants. La majorité des enfants ont recommencé à prendre de la médication après les quatre semaines au cours desquelles était administré le placebo. Une détérioration des comportements a été remarquée pendant cette période de quatre semaines. Il faut mentionner que le comportement des enfants était toutefois meilleur qu'au début de l'étude, ce qui semble montrer une certaine acquisition de nouveaux comportements mieux adaptés en raison du traitement combiné.



CONDITIONS FAVORABLES À L'INTERVENTION MULTIMODALE

Il peut être difficile de mettre en application les programmes d'intervention ayant fait l'objet des études du NIMH (2002) et de Klein et Abikoff (1997). En effet, ces programmes font appel à des ressources financières et humaines qui ne sont pas accessibles dans beaucoup de milieux. L'importance de ces recherches est de constater la pertinence de combiner le traitement pharmacologique au traitement psychosocial. Il se peut que ce dernier ne puisse être en tous points semblable à ce qui s'est fait dans les études, mais des interventions de type psychosocial peuvent être comprises dans l'intervention, ce qui augmentera les chances de réussite de l'intervention dans son ensemble.

Certaines conditions favorisent une intervention multimodale efficace, dont les suivantes :

- **Rechercher la concertation entre les intervenants qui travaillent auprès du jeune.** On ne répète jamais assez souvent l'importance de cette concertation. Ainsi, le choix des interventions à mettre en place se fait à la lumière des observations de chacun et chaque intervenant doit coordonner son travail à celui des autres afin d'éviter les dédoublements ou d'omettre des éléments. Dans le cadre d'une intervention multimodale, où la médication va de pair avec des interventions psychosociales, le médecin et les autres intervenants impliqués doivent avoir la possibilité de communiquer facilement. Cette concertation est d'ailleurs encouragée et favorisée par les ententes de complémentarité MEQ-MSSS.

- **Assurer un suivi médical fréquent et constant.** L'étude faite par le NIMH (2000) montre bien l'efficacité et la nécessité d'effectuer un suivi médical fréquent aux fins d'ajustement de la dose de médicament et de gestion des effets secondaires. Il ne suffit pas de prescrire une dose et de laisser les parents ou les intervenants décider du moment de l'augmenter ou de la diminuer. Il faut déterminer la dose optimale pour l'effet recherché et seul un médecin spécialisé à cette fin a les compétences et l'expertise nécessaires pour faire cet ajustement. Ainsi, le jeune prend le type de médication qui lui convient, selon la dose optimale pour lui, une dose qui peut être différente pour un autre jeune du même âge ou du même poids.

- **Offrir une forme de soutien aux parents.** Les deux recherches (NIMH et Klein et Abikoff) incluent, dans leur programme d'intervention, une forme de soutien aux parents. Ce soutien peut prendre la forme de rencontres de groupe au cours desquelles on véhicule de l'information sur le TDAH ainsi que sur les interventions les mieux appropriées pour prendre soin d'un jeune présentant le trouble. Ce soutien peut aussi prendre la forme de rencontres individuelles entre les parents et un intervenant ayant l'expertise nécessaire pour les guider dans leur pratique parentale. Peu importe la forme, le but est d'intégrer les parents dans la planification et dans la mise en place de l'intervention.

- **Offrir une forme de soutien aux enseignants.** Les enseignants ont aussi besoin de soutien afin de mettre en place un système de gestion de la classe qui soit le mieux adapté aux difficultés que présentent les élèves ayant un TDAH. Ce soutien peut être direct, sous forme de mesures d'encadrement en classe, ou prendre la forme d'une formation sur la nature et les meilleures façons d'intervenir auprès de ces jeunes ou de rencontres individuelles visant à les aider et à les guider en matière de pratiques facilitantes.

- **Intervenir auprès du jeune.** Les mesures mises en place pour aider le jeune doivent l'amener à faire l'apprentissage de nouveaux comportements ou attitudes. Pour ce faire, il a besoin de soutien pour apprendre ces nouveaux comportements et acquérir de meilleures habiletés sociales. Ce soutien peut être offert sous la forme de rencontres de groupe ou individuelles animées par des intervenants ayant l'expertise nécessaire pour agir auprès de ces jeunes.

Aider un jeune présentant un TDAH peut être difficile et coûteux en matière de temps et d'énergie. Or il est encore plus coûteux pour eux, pour leurs parents et les intervenants de ne rien faire. La clé est d'obtenir l'appui des personnes en contact avec le jeune et de mettre en place en concertation les interventions dont le jeune a besoin pour se développer normalement malgré la présence de son trouble. Le rôle des intervenants est d'apprendre au jeune présentant le TDAH à vivre avec ses difficultés et à mieux se connaître pour devenir un adulte bien intégré dans la société. De tels objectifs, par contre, ne peuvent être atteints par des interventions sporadiques. Il est donc essentiel que le suivi se fasse de façon continue sur une longue période de temps, d'une année à l'autre. Ceci implique de mettre en place des mécanismes qui facilitent le transfert de l'information d'une année scolaire à l'autre afin qu'il y ait une continuité dans les interventions et les progrès. L'intervention multimodale implique que les interventions psychosociales s'intensifient ou se poursuivent avec l'introduction d'une médication.

RÉFÉRENCES : INTERVENTION MULTIMODALE

BARKLEY, R. A. « The NIMH Multimodal Treatment of ADHD (MTA) Study », *The ADHD Report, New York*, vol. 8, n° 4, Toronto, 2000.

KLEIN, R. G., et H. ABIKOFF. « Behavior Therapy and Methylphenidate in the Treatment of Children with ADHD », *Journal of attention Disorders*, vol. 2, n° 2, 1997.

KRONSTRÖM-ASSELIN, L., et K. MORASSE. *Diagnostic et traitement du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité*, cahier du participant dans le cadre de la formation continue de l'Ordre des psychologues du Québec, Québec, Ordre des psychologues du Québec, mars 2002.

INTERVENTION

Pour une intervention efficace

Certains principes doivent être respectés pour qu'une intervention soit efficace. Si ces conditions ne sont pas remplies ou que des éléments précis ne sont pas mis en place, on risque de nuire à l'enfant plutôt que de lui apporter l'aide dont il a besoin. Avant d'entreprendre une démarche d'intervention, il faut qu'une évaluation ait été effectuée. L'évaluation est une étape importante, car elle fournit l'information de base nécessaire pour la mise en œuvre de l'intervention. Le portrait qu'on obtient de l'enfant après l'évaluation permet de cibler les comportements ou situations sur lesquels il faut travailler en premier lieu. On ne peut travailler ou intervenir sur tous les comportements perturbateurs simultanément. On doit choisir les éléments que l'on juge les plus dommageables et planifier l'intervention en conséquence. L'évaluation permet aussi de connaître les forces et les motivations du jeune. Or, pour faciliter la participation du jeune, il faut miser sur ses forces. « L'évaluation et le diagnostic ne sont utiles, dans la vie d'un enfant ou d'un adolescent, que lorsqu'ils donnent lieu, par la suite, à des mesures d'aide adaptées aux difficultés vécues quotidiennement par cet enfant ou cet adolescent et par les personnes de son entourage » (CMQ et OPQ, 2001).

Principes de base favorisant une intervention efficace :

- **Concertation des milieux et des intervenants :** Les dernières recherches sur le TDAH traitent beaucoup de l'aspect multidisciplinaire du traitement. Plus la concertation est forte entre tous les intervenants, plus l'intervention sera efficace. De même, plus l'intervention touche les différents milieux de vie du jeune, meilleure sera l'intégration de nouveaux schèmes de comportement.

  Le National Institute of Mental Health (Barkley, 2000) a mené une étude d'envergure sur le traitement multimodal du TDAH. Ils ont comparé 4 groupes d'enfants, âgés de 7 à 9 ans, présentant le trouble de type combiné. Le premier groupe ne recevait pas de traitement particulier de la part du groupe de recherche, mais était suivi à l'aide des ressources de la communauté. Le deuxième groupe recevait une médication avec un suivi médical mensuel, la dose étant surveillée de près afin de la rendre la plus optimale possible. Le troisième groupe participait à un traitement psychosocial sans médication et le quatrième groupe, à un traitement combiné de la médication et du traitement psychosocial. Les résultats ont montré la supériorité du traitement combiné par rapport aux autres modalités, en particulier pour les problèmes qui étaient associés au TDAH (symptômes d'anxiété, rendement scolaire, opposition, relations parents-enfants, habiletés sociales). À long terme, il est plus efficace de combiner la médication à un programme de traitement behavioral qui prévoit un soutien aux parents sous forme de rencontres de groupe ou autres, ainsi qu'une aide individuelle pour l'enseignant et l'enfant.

- **Bien connaître ce qu'est un TDAH ainsi que ses limites :** Il est important de pouvoir différencier ce que le jeune est capable de faire de ce qu'il n'est pas capable. En effet, dans bien des cas, l'enfant présentant le trouble veut faire ce qu'on lui demande, mais n'y arrive pas, car il n'a tout simplement pas la capacité de répondre aux exigences. D'une certaine façon, les exigences sont trop élevées pour lui. Il est alors facile de faire l'erreur de mettre les échecs sur le compte d'une faible motivation. Il est important que le jeune soit lui aussi informé de ce qu'est un TDAH. On doit l'aider à comprendre sa situation et ses limites. Avec la compréhension viendra l'acceptation.

- **Le TDAH nécessite une intervention à long terme :** Le TDAH est une condition chronique qui ne se résorbera pas après un mois d'intervention. L'enfant qui manifeste ce trouble aura besoin d'encadrement et de soutien pendant une période de temps pouvant s'échelonner sur plusieurs années.

- **Choix du traitement le plus approprié au jeune :** Le choix du type de traitement est une étape très importante, car si le choix n'est pas adéquat, les conséquences peuvent être néfastes. Certains chercheurs soulignent même que si l'intervention est mal ciblée, elle peut causer plus de mal que de bien. Il n'y a pas un traitement unique pour tous les individus présentant le trouble. En effet, tous les individus sont différents et présentent un patron de comportements et d'attitudes qui leur est propre. Chacun a une combinaison de manifestations et de symptômes qui le distingue des autres avec lesquels il partage un diagnostic de TDAH. Par exemple, un individu qui présente les manifestations liées au déficit d'attention, mais peu d'impulsivité et d'agitation n'aura pas besoin des mêmes interventions qu'un autre dont l'agitation et l'impulsivité semblent être au cœur des difficultés vécues.

  Bien des facteurs entrent en jeu dans le choix du traitement. Les relations qui existent entre le milieu familial et le milieu scolaire, le type de difficultés éprouvées par le jeune, la présence ou non de troubles associés et autres sont tous des facteurs influant sur le choix du traitement.

Pour que l'intervention soit des plus efficaces, il faut aussi prévoir l'utilisation de différents moyens simultanément afin de toucher plus d'un aspect de la vie du jeune ou d'intervenir sur une problématique avec différentes modalités (intervention multimodale). Par exemple, un jeune peut bénéficier d'une médication en plus de mesures thérapeutiques psychosociales tant à la maison que dans son milieu scolaire.

- **Évaluation fréquente de la progression :** L'évaluation des progrès devrait se faire de façon périodique, constante et selon des mesures standardisées. Ainsi, si les interventions ne sont pas efficaces, on peut procéder aux modifications nécessaires dans un cours laps de temps et la motivation de tous, celle du jeune en particulier, risque moins d'être diminuée. Une attention particulière doit être portée aux effets secondaires possibles. Il arrive qu'aucun traitement ne semble efficace. Dans ces cas, une réévaluation approfondie serait de mise afin de confirmer le diagnostic ou la présence d'un trouble associé qui contrecarre les effets des interventions. Il y a lieu aussi de s'interroger sur les effets de ce nouvel échec vécu par le jeune.
- **Prévisibilité et constance des interventions :** Peu importe le type d'intervention utilisé, un élément important du succès réside dans leur prévisibilité, c'est-à-dire dans le fait que les interventions sont connues d'avance par le jeune et qu'elles sont constantes, durables, fiables et présentes dans toutes les situations de vie du jeune. Le jeune apprend que, dans toute situation, la conséquence à un comportement donné reste la même.

Bien des auteurs énoncent des principes de base pour une intervention efficace. Dubé (1992) en énonce quatre :

- **Intervenir auprès de l'enfant hyperactif plutôt que traiter uniquement l'hyperactivité :** Il ne suffit pas de traiter les symptômes du trouble. Il faut aussi permettre au jeune d'apprendre d'autres comportements et attitudes. Bien souvent, l'estime de soi est diminuée et il faut intervenir sur cet aspect. L'intervention doit donc se présenter sous différentes formes (multimodale) et toucher plus d'un aspect afin de répondre aux besoins de l'enfant.
- **Intervenir dans une perspective globale et développementale :** Une intervention touchant plusieurs facettes du trouble favorise le développement de l'enfant et le pronostic s'améliore. Le temps est un facteur important, car la maturation suit son cours. Un type d'intervention peut être approprié à un certain âge et ne pas l'être à un autre âge. Il faut donc prévoir des modifications tout au long du développement du jeune.
- **Favoriser l'autonomie et la responsabilité chez tous les acteurs :** Une bonne intervention doit tenir compte de l'expérience et des connaissances de chacun (enfant, parents, enseignants, etc.). Favoriser la participation de tous ces acteurs est un élément-clé du succès. « L'intervenant n'a pour rôle que d'orienter et d'appuyer la démarche en attendant que la personne requérant ses services développe elle-même ses mécanismes d'adaptation » (Dubé, 1992).
- **Savoir reconnaître les limites de l'intervention :** Aucun traitement ne mène à la guérison totale de l'hyperactivité ou du déficit d'attention. Il faut donc être conscient des limites du jeune et de son entourage et les respecter, afin d'adapter l'intervention le plus possible aux besoins et aux réalités du jeune. L'intervention sera, par le fait même, différente d'une personne à l'autre.

Russell Barkley s'est penché sur la question et énonce lui aussi 10 principes directeurs dans l'éducation des enfants présentant un TDAH :

- **Effectuer rapidement des rétroactions et imposer des conséquences immédiatement :** L'enfant qui présente le trouble éprouve souvent beaucoup de difficulté avec le concept de temps. Il vit dans le présent; le passé ou l'avenir ont peu d'emprise sur lui. C'est pourquoi les conséquences ou les rétroactions doivent être immédiates. Si le jeune subit une conséquence ou reçoit une récompense suivant un comportement, il a davantage de chance d'établir une association entre les deux et de faire un apprentissage constructif.
- **Les rétroactions doivent être fréquentes :** L'efficacité des interventions se base aussi sur leur fréquence. En effet, plus les rétroactions sont fréquentes, plus l'effet est grand sur le jeune. Cependant, la fréquence doit aller de pair avec l'énergie dont on dispose afin que ces rétroactions ne deviennent pas des irritants autant pour celui qui reçoit que pour celui qui donne.

- **Imposer des conséquences plus significatives et plus puissantes :** Pour arriver à modifier le comportement de ces enfants, il faut davantage de motivation et d'énergie. Il faut donc choisir des conséquences plus grandes et plus puissantes, mais surtout s'assurer que ces conséquences les touchent réellement. Un système de points renforçant chaque petit pas, des manifestations physiques d'affection, des récompenses matérielles, des privilèges, etc., sont des exemples de récompenses que l'on peut utiliser. Le renforcement verbal seul est rarement efficace. Il leur faut des moyens plus concrets et visibles de constater leurs améliorations.
- **Utiliser le renforcement positif avant la punition :** La punition employée seule est peu efficace pour modifier un comportement. Il est préférable de débuter par des moyens d'intervention positifs avant d'en venir à des mesures punitives. Ainsi, le jeune est motivé à changer, car il est capable de voir le positif qu'il peut y gagner. La mesure punitive associée aux interventions positives comporte de meilleures chances de succès. Il faut toutefois garder une proportion qui favorise le positif. La proportion idéale est de deux à cinq interventions positives pour une négative.
- **Être conséquent et constant :** La constance des interventions est un des éléments les plus importants dans le succès d'un programme d'intervention. Elle demande une continuité dans le temps, une persévérance, une constance dans la façon d'agir peu importe la situation et, dans la mesure du possible, la possibilité de faire équipe afin de se relayer. Il ne va pas sans dire que l'imprévisibilité dans l'application des règles et des conséquences positives ou négatives est très néfaste pour le jeune qui tente de modifier son comportement.
- **Passer à l'action plutôt que se plaindre :** Dans bien des cas, le jeune comprend que ce qu'il vient de faire n'est pas adéquat. La discussion et la négociation ont leurs limites. Il est plus efficace d'appliquer la conséquence annoncée que de discuter. Le jeune est plus sensible à ce genre de conséquence qu'au raisonnement. Car, peu de temps après, il aura probablement oublié le sujet de cette discussion. La conséquence a plus de chance d'être efficace.
- **Planifier les situations problématiques :** Afin de limiter les situations de conflits, il est préférable de les anticiper. Ainsi, on peut préparer l'enfant à adopter le comportement désiré en annonçant à l'avance ce qui est attendu de lui ainsi que les conséquences dans le cas d'un mauvais comportement. On est plus en mesure de bien réagir si un plan d'action est planifié pour répondre à toute situation problématique.
- **Garder à l'esprit les difficultés de maturation :** Le jeune présentant ce trouble a des problèmes de contrôle qui ne sont pas dus à un manque de volonté ou à de la méchanceté. Il faut garder à l'esprit que le jeune souffre autant que le parent ou l'intervenant qui essaie de l'encadrer. Un recul est de mise pour ne pas donner une couleur trop émotive aux difficultés. Le jeune peut facilement croire qu'il est méchant ou malveillant si ceux qui interviennent auprès de lui sont constamment en colère en raison de son comportement.
- **Éviter de personnaliser les problèmes ou le trouble de l'enfant :** On ne peut évaluer sa compétence en fonction des « discussions » gagnées avec l'enfant. Garder le calme et faire preuve d'humour peut servir à dédramatiser la situation. On peut aller jusqu'à se retirer de la situation un moment afin de retrouver son calme et de reprendre le contrôle de ses émotions avant de poursuivre l'intervention.
- **Pardonner :** Il est important de se débarrasser de ses émotions négatives envers le jeune en faisant un retour sur la journée avec lui et pardonner les manquements de la journée. Les parents doivent aussi pardonner les personnes qui ont pu mal interpréter ou ne pas comprendre le comportement de leur enfant. Enfin, il faut aussi se pardonner soi-même pour ses propres manquements ou erreurs.

Un consensus se dégage relativement au traitement du TDAH, soit la nécessité d'un traitement combiné et adapté à l'âge des enfants (Massé, 1999). Le recours à plus d'un type d'intervention est préférable et a de meilleures chances de succès. Puisque le trouble est davantage envisagé comme une condition chronique qui ne peut être guérie, le but du traitement est de diminuer la fréquence et l'intensité des symptômes tout en prévenant l'apparition de troubles associés. Il doit aussi permettre à l'enfant de développer un comportement mieux adapté aux exigences de la vie quotidienne tant dans son milieu familial qu'à l'école ou au travail (Dubé, 1992).

Des recherches (Debonis, Ylvisaker et Kundert, 2000) récentes, basées sur une meilleure compréhension des déficits sur le plan des fonctions exécutives que présentent les jeunes ayant un TDAH, ont mis en évidence l'importance d'agir en amont des comportements inappropriés. Cette approche propose d'utiliser du *modeling* et un encadrement permettant de détecter l'apparition probable d'un comportement inadéquat et de remplacer celui-ci par un comportement adéquat, l'apprentissage de ces comportements pouvant se faire par un suivi approprié. Les chercheurs qui favorisent cette approche soulignent la grande difficulté qu'ont plusieurs enfants ayant un TDAH à modifier leurs comportements en fonction des conséquences qui sont associées et croient que cette approche permettra de contourner ce problème.

Même si l'intervention est différente d'une personne à l'autre, il existe certains principes de base communs, peu importe le moyen d'intervention à mettre en place. Les mesures qui peuvent être efficaces ne sont pas limitées au TDAH, mais s'appliquent aux interventions pour d'autres troubles. Ces principes permettent donc de guider le processus d'intervention et, s'ils sont suivis, garantissent un certain succès.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « Clinical Practice Guideline : Treatment of the School-Aged Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder », *Pediatrics*, vol. 108, n° 4, 2001.

BARKLEY, R. A. « The NIMH Multimodal Treatment of ADHD (MTA) Study », *The ADHD Report, New York*, vol. 8, n° 4, 2000.

BARKLEY, R. « Ten Guiding Principles for Raising a Child with ADHD », traduit par D. Létourneau et revisé par C. Jolicoeur, *Taking Charge of ADHD – The Complete Authoritative Guide for Parents*, New York, 1999, chapitre 9.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central : Lignes directrices*, Montréal, 2001.

DEBONIS, D. A., M. YLVISAKEr, et D. K. KUNDERT. « The Relationship Between ADHD Theory and Practice : A Preliminary Investigation », *Journal of Attention Disorders*, vol. 4, n° 3, (Novembre 2000) 161-173, Toronto, 2000.

DUBÉ, R. *Hyperactivité et déficit d'attention chez l'enfant*, Montréal, Gaëtan Morin, 1992.

GOUDREAU, R., et autres. *Les bases d'un plan d'intervention avec un enfant TDAH*, document de formation, Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, 1999.

MASSÉ, L. « Le déficit de l'attention/hyperactivité », dans E. Habimana, L. S. Éthier, D. Petot et M. Tousignant. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*, Gaëtan Morin, Montréal, 1999, chapitre 8.

INTERVENTION

Intervention psychosociale

Plusieurs recherches ont permis de mettre en évidence la supériorité de l'intervention multimodale quant à son efficacité auprès des jeunes présentant le TDAH. Or l'approche multimodale est, dans la majorité des cas, constituée d'une combinaison d'interventions psychosociales et de traitements pharmacologiques, ou de diverses interventions de type psychosocial.

À l'exception des médecins, la totalité des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et du réseau de l'éducation qui sont responsables de la mise en place d'interventions multimodales pour les personnes présentant le TDAH ne sont pas autorisés à prescrire une médication et utilisent donc, de façon massive, différentes formes d'intervention que les chercheurs classent parmi les interventions psychosociales.

Ce type d'intervention, qui est vue comme moins invasive et plus naturelle par plusieurs, est généralement beaucoup mieux accepté par les parents des jeunes présentant le TDAH et est souvent envisagé comme premier recours, dans l'espoir d'éviter la médication. Il est cependant important de souligner que bien que les jeunes présentant le TDAH ne doivent pas tous prendre une médication, celle-ci est recommandée et nécessaire pour plusieurs d'entre eux. Dans ce cas, elle doit être combinée aux autres types d'intervention qui, dans la majorité des cas, seront de nature psychosociale.

L'intervention psychosociale peut donc prendre une multitude de formes et viser différentes problématiques ou manifestations du trouble, et ce, dans une diversité tout aussi grande de contextes.

INTERVENTION

Différentes approches

1. SYSTÈME D'ÉMULATION ET MODIFICATION DU COMPORTEMENT

L'un des outils les plus utilisés dans l'encadrement d'un enfant présentant un TDAH est le système d'émulation, ou grille de comportement, qui permet au jeune d'être récompensé pour ses améliorations ou qui impose une conséquence s'il ne s'implique pas suffisamment. Ce système demande une observation systématique fréquente du ou des comportements ciblés, d'établir un niveau de base et d'associer des récompenses ou privilèges de même que des conséquences aux comportements présentés.

La mise en place d'un système d'émulation (ou de contingence) nécessite l'établissement d'un niveau de base, qui correspond à la fréquence à laquelle le jeune peut présenter le comportement ciblé dès l'entrée en fonction du système d'émulation. C'est à partir de ce niveau qu'on établira l'objectif à atteindre. Par exemple, si on tente de diminuer le nombre de crises d'un enfant âgé de 4 ans en lui demandant d'exprimer son mécontentement d'une façon plus adéquate (comportement ciblé), on doit dans un premier temps évaluer à quelle fréquence il peut présenter ce comportement. S'il réussit à se contrôler une fois par jour, cette fréquence sera le niveau de base et les objectifs d'amélioration du comportement seront ajustés en fonction de ce niveau de base.

TABLEAU – A

Dix-huit principes à respecter pour qu'un système d'émulation soit efficace, selon Barkley (1996)

- Présenter le système de façon positive et constructive.
- Garder restreinte la liste de comportements cibles.
- Dresser une longue liste de privilèges et de récompenses (au moins 15).
- S'assurer qu'au moins le tiers des privilèges est accessible sur une base journalière.
- Utiliser des points, des jetons, des collants, des estampes ou des bonshommes-sourires comme renforçateurs, selon le niveau de développement de l'enfant.
- Déterminer la valeur de la monnaie d'échange en fonction de l'âge.
- Calculer le coût des récompenses et des privilèges en fonction de la règle des deux tiers : un privilège ou récompense ne coûte pas plus que le tiers de ce qui est accumulé dans la journée.
- Accorder des gratifications pour une bonne attitude. Surprendre le jeune en pleine bonne action et reconnaître sa bonne conduite en lui attribuant un bonus. Ceci peut parfois compenser un mauvais comportement antérieur.
- Plus il y a d'interventions, de rétroactions et de renforcements, plus le système est efficace. Ceci rappelle de façon constante l'entente.
- Ne donner le renforcement que lorsque le comportement ciblé est présent.
- Être généreux dans l'attribution des renforçateurs.
- Ne pas utiliser la conséquence ou le retrait de renforçateurs avant la deuxième semaine au minimum.
- Après quelques temps, lorsqu'il est possible d'imposer une conséquence, accorder deux renforcements pour une conséquence.
- Ne pas tomber dans une escalade punitive. Respecter l'entente récompense-punition.
- Établir des quotas. L'adulte doit donner un minimum de renforçateurs quotidiennement.
- Pas de renforcement sans effort. Il ne faut surtout pas donner le renforçateur parce que le jeune s'est amélioré dans la journée, alors qu'il n'a pas respecté son contrat au début de la journée.
- Ajuster la liste des récompenses de façon constante. La renouveler pour maintenir la motivation.
- Planifier le retrait du renforcement et le remettre en place au besoin. Après six à huit semaines, au minimum, on peut commencer à espacer les renforcements ou à augmenter les exigences pour les atteindre.

TABLEAU – B

Principes à respecter afin d'augmenter l'efficacité du système d'émulation

- Impliquer le jeune dès le départ dans la démarche en lui faisant repérer le comportement à modifier et indiquer les récompenses et privilèges qu'il aimerait avoir ainsi que les conséquences à imposer s'il n'atteint pas le niveau de base.
- Évaluer un niveau de base. Ce niveau de base correspond à la fréquence à laquelle le jeune peut adopter le comportement attendu dans la première semaine. L'objectif ciblé à la première semaine devrait donc correspondre à ce niveau de base. Il est préférable que le jeune obtienne un succès dès le départ afin qu'il soit motivé par le programme de renforcement.
- Diminuer l'objectif si le succès n'est pas atteint la première semaine, et ce, jusqu'à ce qu'il y ait un premier succès.
- Augmenter l'objectif quand il y a eu succès pendant quelques semaines consécutives (au moins deux).
- Choisir un système d'encadrement qui est amusant pour l'enfant et facile à gérer pour la famille.
- Les récompenses ciblées doivent pouvoir être immédiates et motivantes pour le jeune.
- Il est préférable que les récompenses ne soient pas toutes matérielles. Elles devraient inclure des privilèges.
- Prévoir une rotation des récompenses et des privilèges afin de maintenir la motivation. Les modifications peuvent se faire aux deux semaines comme au mois.
- La punition est efficace si elle est utilisée sporadiquement.
- Les réprimandes verbales ont un effet maximal si elles sont brèves, immédiates et exemptes d'émotivité. Si le comportement persiste, il vaut mieux remplacer cette réprimande par une conséquence concrète.
- Il est important, après avoir donné une punition, d'illustrer et de détailler le comportement attendu à l'avenir.
- Dans les punitions possibles, le retrait de privilèges est généralement plus efficace que d'obliger le jeune à faire une action donnée.

Le système d'émulation aide à gérer le comportement du jeune et lui permet de réaliser ce qu'il fait de bien ou de mal par des rétroactions fréquentes, mais ne lui apprend pas de nouveaux comportements pour remplacer ceux qui sont inadéquats. Il faut donc, parallèlement à l'utilisation du système d'émulation, apprendre à l'enfant de nouveaux comportements ou façons d'agir et de réagir. Différentes techniques de modification du comportement peuvent être mises à profit, entre autres les suivantes :

- **Modeling :** Exécuter le comportement à apprendre devant l'enfant, dans les situations où on veut qu'il l'adopte. Le jumeler avec un autre enfant qui présente le comportement à apprendre et le lui faire remarquer est aussi du modeling. L'adulte peut aussi se donner en exemple lorsqu'il présente le comportement ciblé. Reconnaître ses erreurs quand on n'a pas agi de la bonne façon est aussi une forme de modeling.
- **Entraînement :** Dans un contexte neutre, s'exercer à présenter des comportements adéquats par la répétition d'une séquence d'actions appropriées.
- **Rétroaction :** Discuter avec le jeune des situations plus problématiques et le faire réfléchir sur d'autres façons de réagir dans ces situations. Par exemple, dans le cas d'un enfant qui est très impulsif et qui se fâche rapidement, la discussion peut porter dans un premier temps sur les signes précurseurs de la montée de frustration, puis sur les possibilités qui s'offrent à lui pour éviter l'éclatement (retrait temporaire afin de faire baisser la tension). Il peut y avoir une entente parent-enfant relativement à un temps d'arrêt pour les deux parties quand la tension monte afin d'éviter les escalades. Ainsi, quand c'est l'adulte qui l'utilise, c'est un bon exemple à montrer au jeune.
- **Conséquences immédiates :** Imposer les conséquences sans délai quand le jeune perd le contrôle ou ne respecte pas une règle incontournable comme le respect. Lors de ces situations, ne pas accorder le renforçateur n'est pas suffisant. La conséquence doit être suffisamment forte et, si possible, imposée le plus rapidement possible pour que le jeune réalise l'ampleur de son geste.

2. THÉRAPIE COGNITIVE

Une thérapie brève d'approche cognitive peut aider le jeune à mieux comprendre ses difficultés et à apprendre de nouveaux schèmes de pensée lui permettant une meilleure maîtrise de lui-même. Ce travail peut aussi l'aider à trouver lui-même des façons d'agir qui sont plus appropriées et des techniques l'aidant à maîtriser son impulsivité. Les interventions cognitives visent à permettre au jeune d'apprendre à contrôler son comportement par un processus d'autocontrôle qui ne dépend pas de l'extérieur, mais de ses propres capacités. Ces stratégies d'autocontrôle peuvent se présenter notamment sous les formes suivantes :

- **Signal visuel ou auditif :** Ce signal, qui est émis à des intervalles variant de 10 à 90 secondes, a pour but de ramener le jeune à la tâche. En entendant ou en voyant le signal, le jeune peut se rendre compte par lui-même s'il était concentré ou distrait.
- **Autoenregistrement :** En réponse à un signal, le jeune, à intervalles réguliers, note sur une feuille s'il était concentré sur la tâche ou non. Cette évaluation se fait sans aucune connotation négative ou objectif particulier à atteindre.
- **Autoévaluation :** Le jeune note et évalue son comportement au regard de sa justesse, de son efficacité et de sa compétence.
- **Autoconsignes :** Le jeune se donne lui-même des consignes verbales ou écrites afin de mieux organiser son travail ou d'améliorer son comportement.
- **Autoattribution :** Cette technique fait référence au processus selon lequel on attribue les succès et les échecs aux facteurs sur lesquels le jeune peut potentiellement exercer une influence.
- **Autorenforcement ou autopunition :** Cette technique est souvent jumelée avec l'autoévaluation. Le jeune peut se fixer des objectifs en y attachant une récompense ou une conséquence selon l'atteinte ou non de son objectif. Son objectif est fixé en fonction de ses propres observations par rapport à son comportement.

C'est habituellement auprès de professionnels de ce type d'approche que le jeune peut apprendre ces techniques et les mettre en application. Celles-ci peuvent également stimuler ses capacités attentionnelles.

Il faut toutefois mentionner que bien des auteurs mettent en doute l'efficacité de ces techniques auprès des personnes présentant un TDAH. Selon eux, elles seraient plus appropriées pour d'autres problématiques. Leur efficacité est peut-être limitée lorsque les déficits sont importants, mais elle est tout à fait notable pour les jeunes dont les déficits sont modérés. Il est possible que ces techniques soient plus appropriées pour les cas présentant une comorbidité avec des troubles du comportement.

3. RELAXATION

Des techniques de relaxation peuvent aider certains jeunes à diminuer leur hyperactivité. Mais il arrive que les enfants dont l'hyperactivité est particulièrement élevée n'arrivent pas à suivre les techniques habituelles de relaxation.

On peut, au début, raccourcir l'exercice ou opter pour des techniques de relaxation plus « actives » plutôt que sur celles qui sont basées sur la visualisation. Ensuite, on les amène à maîtriser leur pensée et ainsi être capable de maintenir une pensée plus de quelques secondes. Pour beaucoup de ces jeunes, les idées se succèdent à grande vitesse. Il leur est alors très difficile de faire de la visualisation, car ils n'arrivent pas à maintenir une pensée en place assez longtemps pour qu'elle prenne de la signification. La relaxation peut être un bon exercice d'autocontrôle, le jeune parvient alors à se relaxer pour une courte période de temps. Il peut s'exercer à allonger cette période et ainsi gagner un contrôle sur sa motricité et sa pensée.

Pour certains enfants, le massage ou l'automassage est un moyen intéressant pouvant lui permettre de se détendre tout en bougeant.

La relaxation est très efficace pour les jeunes qui présentent de l'anxiété en plus d'un TDAH. Ce moyen permet de diminuer le degré d'anxiété et, par conséquent, influe sur l'attention, car l'anxiété diminue les capacités d'attention, une diminution qui peut s'additionner au déficit d'attention déjà présent.

4. INTERVENTIONS VISANT À PALLIER L'INATTENTION

Dans le cas des jeunes ayant un TDAH de type inattentif, ce sont davantage l'écoute et les processus attentionnels qui sont à l'origine des difficultés. L'intervention visera donc à augmenter les capacités d'attention et à mettre en place des conditions palliant cette faible capacité attentionnelle. Le potentiel d'amélioration des capacités d'attention peut cependant être limité. En effet, pour beaucoup de ces jeunes, le déficit d'attention persistera jusqu'à l'âge adulte. Par conséquent, pour favoriser l'écoute, on choisira des interventions axées sur la modification de l'environnement et sur la façon de présenter les consignes. Il est toutefois possible que l'attention augmente tout en restant en déficit. Les exercices visant à augmenter les capacités d'attention peuvent être légitimes et efficaces même s'ils n'éliminent pas complètement le déficit.

TABLEAU – C

Exemples d'interventions visant à limiter l'inattention ou à augmenter l'attention

Il est important de faire un choix en fonction des déficits observés, des forces et des faiblesses du jeune et de son âge. Ces interventions ne sont toutefois pas efficaces pour tous les jeunes présentant un TDAH.

Consignes

- Éviter les consignes complexes comptant plus d'une demande à la fois. Attendre que la première consigne soit exécutée avant de présenter la deuxième.
- Les consignes doivent être brèves, claires et concrètes.
- S'assurer de l'attention du jeune, en obtenant son regard, avant de faire la demande. On peut aussi demander qu'il la répète pour bien vérifier sa compréhension.

S'arrêter

- Habituer le jeune à parler moins vite. S'il parle moins vite, il s'habituera à penser moins vite et à rester concentré sur un même thème plus longtemps.
- Demander à l'enfant de fixer une image agréable, symbolisant le calme. Puis, lui demander de rechercher un détail particulier dans l'image. L'image doit être petite afin que les yeux ne bougent pas. Cet exercice de recherche apprend au jeune à arrêter son regard sur une cible pendant une certaine période de temps, qu'on tentera d'augmenter avec la pratique.

Techniques cognitives

- Utiliser des techniques cognitives (voir la section Thérapie cognitive) pour stimuler les capacités attentionnelles du jeune. L'autoenregistrement et le signal auditif peuvent être des moyens intéressants de permettre au jeune de reconnaître par lui-même quand il est attentif ou non. Ces techniques l'obligent à s'arrêter sur cet aspect (attention sélective) et l'amènent à devenir plus conscient, donc plus en mesure de s'améliorer.

Apports sensoriels

- Mettre une musique de fond lors des activités demandant plus d'attention. Des recherches ont montré que certains enfants présentant un TDAH peuvent être plus stimulés et mieux apprendre avec de la musique (Flick, 1998). En fait, Cripe (1986, cité dans Flick, 1998) a émis l'hypothèse selon laquelle le rythme de la musique rock augmente l'éveil du système nerveux central et peut réduire la tension et le niveau général d'agitation. L'utilisation de la musique pour masquer les distracteurs provenant d'un environnement de travail distrayant a souvent des résultats positifs.

TABLEAU C

- Utiliser une enregistreuse. Le jeune peut utiliser cet outil pour enregistrer ses mots de vocabulaire à étudier, ou encore ses idées lors d'une production écrite. Ainsi, il ne se sentira pas obligé d'écrire plus vite pour ne pas oublier ses idées. L'enregistreuse peut aussi servir comme élément de motivation et de suivi du temps lors des devoirs. Le parent peut enregistrer une cassette dans laquelle il émet des encouragements sporadiques et indique les moments où il serait préférable de changer d'activité. L'autonomie peut alors se développer davantage, car la présence physique du parent est moins nécessaire lors des devoirs.
- Utiliser un chronomètre avec sonnerie. On peut programmer le chronomètre pour qu'il sonne à intervalles réguliers. La sonnerie indique alors à l'enfant de changer de tâche ou d'arrêter une activité.
- Varier les positions de travail et, si possible, l'environnement de travail entre certaines tâches plus exigeantes.
- Alterner les périodes de travail exigeantes et les tâches permettant de bouger et de refaire le plein d'énergie.
- S'assurer que l'intensité de la lumière est correcte (une lampe forte sur la table de travail ou une fenêtre à proximité peut déranger un enfant alors qu'un autre peut se concentrer plus facilement grâce à cet apport sensoriel).

L'informatique

- Utiliser le matériel informatique, comme un ordinateur, est souvent très motivant pour tous les enfants, en particulier ceux qui présentent le trouble. Ford (1993, cité dans Flick, 1998) mentionne que ces enfants ont tendance à rester plus longtemps à la tâche s'ils utilisent un ordinateur pour de nouveaux apprentissages. Bien des logiciels d'apprentissage existent et ceux qui incluent des consignes verbales sont encore plus avantageux, car ils maintiennent davantage l'intérêt du jeune.

La mnémotechnie

- Utiliser des techniques mnémotechniques. Bien des jeunes présentant un TDAH ont aussi beaucoup de difficulté à retenir l'information par cœur. Les outiller à l'aide de trucs mnémotechniques est une bonne façon de pallier ce problème. Ces techniques comprennent l'association de l'information à une image, une comptine, des rimes et une histoire. On peut aussi habituer l'enfant à réviser ce qu'il a écrit en épelant les mots au fur et à mesure qu'il les révise. Ainsi, l'enfant est plus en mesure de reconnaître ses fautes. Cette technique peut aussi être efficace pour l'apprentissage des tables de multiplication. Il arrive que certains jeunes n'arrivent tout simplement pas à apprendre par cœur certaines notions. Il est alors plus judicieux d'outiller le jeune à retrouver l'information plutôt que de s'entêter à ce qu'il l'apprenne par cœur.
- Faire des exercices favorisant la concentration et l'attention. Par exemple, demander à l'enfant d'accomplir une tâche comme de la lecture ou une autre tâche dans laquelle il a de la difficulté à rester concentré. Débuter par une tâche qui est courte et chronométrer le temps d'exécution de la tâche. Chaque fois que l'enfant se détourne de la tâche, arrêter le temps et le repartir lorsqu'il retourne à la tâche. Le résultat nous donne le temps réel passé à la tâche. La correction du travail ou des questions posées après la lecture donne aussi un indice de réussite. Des objectifs peuvent être fixés pour augmenter le défi et la motivation (voir Flick, 1998, p. 109 pour de plus amples explications concernant cet exercice).

5. Interventions visant à améliorer les capacités d'organisation

Les jeunes présentant un déficit de l'attention ont, pour beaucoup d'entre eux, de la difficulté avec l'organisation, autant dans leur esprit que dans leur environnement. Dans bien des cas, il faut mettre en place des moyens afin d'agir sur la désorganisation physique et mentale. La gestion du temps est aussi souvent difficile pour eux. Ils ont ainsi beaucoup de difficulté à terminer les tâches à temps. Les moyens d'intervention ciblant cet aspect du trouble prévoient un soutien et un encadrement externes afin que le jeune apprenne à s'organiser sans être dépendant de l'adulte. Il est alors important de mettre en place des moyens afin d'aider le jeune à s'organiser, en lui fournissant des outils adéquats pour pallier ce problème.

6. Moyens visant à limiter l'inattention

En ce qui concerne les jeunes présentant un TDAH de type inattentif, les interventions visent surtout l'amélioration de l'attention et nécessitent souvent de modifier l'environnement afin de pallier ce déficit. Une modification de l'environnement et de la présentation des consignes est souvent de mise afin que le jeune puisse faire les apprentissages et ne pas accumuler de retard. Le milieu scolaire peut contribuer grandement à améliorer les capacités d'attention. Certains exercices peuvent se faire dans le contexte scolaire ou familial pour aider le jeune à augmenter ses capacités d'attention (Ces interventions sont présentées dans les sections appropriées de ce document).

7. Interventions visant à limiter l'agitation

L'enfant qui présente un TDAH de type hyperactif-impulsif peut être agité et avoir énormément de difficulté à rester longtemps assis sans bouger. Il a souvent besoin de dépenser son énergie. Pour certains, il est pratiquement impossible d'arriver à se maîtriser sans avoir la possibilité, à certains moments, de se laisser aller. Il faut alors tenir compte de cet aspect et leur permettre de s'activer régulièrement. Ainsi, la tension due au contrôle constant de leur agitation sera moins haute et donc plus facile à gérer. En fait, ces jeunes ont besoin d'un certain équilibre entre les périodes où ils doivent se maîtriser et rester calmes et celles où ils peuvent se relâcher un peu. Les interventions efficaces visant à diminuer l'agitation permettent un équilibre entre la dépense d'énergie et le contrôle moteur. On apprend aux jeunes à rester calmes plus longtemps tout en leur permettant par la suite de se vider de leur trop plein d'énergie d'une façon acceptable. Les interventions visant à adapter l'environnement, la séquence des événements et la présentation de la matière sont souvent efficaces pour ces types d'enfants.

8. Interventions visant à diminuer l'impulsivité et à améliorer le comportement en général

L'impulsivité diminue avec le développement de l'autocontrôle. Or, les enfants qui présentent cet aspect du trouble ont du mal à développer cette fonction exécutive qu'est l'autocontrôle. Les interventions visent à diminuer l'impulsivité et ainsi à augmenter les capacités d'autocontrôle. C'est par la persévérance et la constance dans les interventions que les enfants y arrivent. On doit leur fournir un encadrement externe jusqu'à ce qu'ils arrivent à développer un contrôle interne. La majorité des interventions agissant sur l'impulsivité et le comportement s'inscrivent dans le cadre d'une thérapie comportementale (behaviorale). Ces interventions agissent directement sur le comportement par des moyens de contingence. En fait, par les rétroactions, on indique au jeune les comportements qu'il doit remplacer ou garder dans son répertoire. Il est important de mentionner qu'il est beaucoup plus facile pour ces jeunes d'adopter un nouveau comportement en remplacement d'un autre qui est inadéquat que de cesser un comportement sans le remplacer.

Les interventions efficaces sur l'impulsivité prévoient un encadrement ferme et constant qui amène le jeune à s'arrêter avant d'agir. Il faut toutefois faire la différence entre fermeté et sévérité. Ces jeunes ont besoin que l'on agisse avec rigueur et constance et non que l'on devienne plus sévère et limitatif envers eux.

Les jeunes présentant un TDAH avec impulsivité n'ont pas nécessairement une déficience relativement à toutes les fonctions exécutives, mais ils présentent plutôt une incapacité à avoir un délai de la réponse qui les empêche, par conséquent, d'utiliser les autres fonctions (voir Barkley pour plus de détails sur cette hypothèse). Ainsi, il est favorable pour eux de prévoir les situations à l'avance pour éviter les surprises qui peuvent générer des comportements impulsifs. Enfin, manipuler l'environnement afin de le rendre moins stimulant et plus prévisible est un moyen de diminuer l'imprévisibilité des réponses.

L'établissement de règles limitées et claires ainsi que d'un mode de fonctionnement constant et régulier est la meilleure façon d'obtenir du changement auprès du jeune présentant des problèmes d'impulsivité. À l'aide d'interventions constantes et fréquentes, davantage positives que négatives, le jeune finit par adopter un mode de fonctionnement adéquat.

9. Interventions visant à améliorer l'estime de soi

Quand un jeune subit constamment des échecs dans plusieurs sphères de sa vie et pendant une longue période de temps, il est fort probable que son estime personnelle soit touchée et qu'elle diminue. Lorsque ces jeunes ne croient plus en eux, il leur est difficile de s'engager dans un processus de changement, car ils ne croient pas que la situation changera. Par le passé, ils ont tenté des choses, mais sans succès. Il est donc normal que les progrès soient longs à venir. Il faut, avant tout, convaincre le jeune que la situation peut changer, que lui aussi peut changer et arriver à vivre et à se développer comme les autres, et qu'il a réellement du pouvoir sur ce qui lui arrive.

Selon plusieurs auteurs, l'estime de soi est un élément essentiel dans le développement personnel et c'est pourquoi il est recommandé d'inclure, dans toute planification d'interventions, des moyens visant à augmenter l'estime de soi. La clé réside dans le succès, car l'estime de soi augmente avec les succès. Plus l'enfant ou l'adolescent aura du succès, plus il réalisera ses bons coups, plus il aura confiance en lui et plus il sera actif dans le processus. L'efficacité de l'intervention en sera plus grande.

10. Interventions visant à améliorer les habiletés sociales

Un grand nombre de jeunes ayant un TDAH présentent des déficits sur le plan de la socialisation. Celui qui a une prédominance inattentive vit davantage un retrait social, c'est-à-dire qu'il se montre peu enclin à aller vers les autres, semblant plutôt se complaire dans la solitude. D'autre part, celui qui a une prédominance hyperactive-impulsive vit souvent un rejet social en raison de ses réactions impulsives et parfois agressives, et de sa propension à adopter des comportements inadéquats qui font en sorte que les pairs sont souvent peu intéressés à s'associer à lui.

L'enfant présentant le TDAH doit apprendre de nouvelles façons d'interagir avec les autres. Un travail sur le plan des habiletés sociales, peu importe le type de TDAH, est souvent pertinent. Ce travail peut se faire de façon individuelle, par modeling, par mises en situation, ou par des techniques de modification du comportement. Quel que soit le moyen utilisé, les interventions doivent viser une meilleure compréhension des interactions sociales et de leurs conséquences, positives comme négatives, de même qu'un apprentissage de comportements sociaux adéquats, et ce, dans tous les milieux de vie du jeune.

ANASTOPOULOS, A. D. « The MTA Study and Parent Training in Managing ADHD », *The ADHD Report*, vol. 8, n° 4, 2000.

BARKLEY, R. A. *Dix-huit façons de rendre un système de jetons plus efficace avec les TDAH*, traduit par C. Robitaille, ADHD Report, New York, vol. 4, n° 4, 1996.

BARKLEY, R. A. *Defiant Children : A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*, New York, Guilford Press, 1997.

BEAULIEU, D. *Une centaine de trucs simples pour améliorer les relations avec votre enfant*, Montréal, Éditions Académie Impact, 2000.

BILODEAU, R., et C. PARIS. *Modèle d'intervention et de soutien auprès des élèves présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité à l'école secondaire*, école secondaire Joseph-Hermas-Leclerc, 2000.

DESJARDINS, C., M. GROULX, et S. LAVIGUEUR. *Pour mieux intervenir : Protocole d'intervention pour le trouble : déficit de l'attention/hyperactivité*, Montréal, CFORP, 1999.

FLICK, G. L. ADD/ADHD : *Behavior-Change Resource Kit*, [en ligne], The Center for Applied Research in Education, 1998.

GAGNÉ, D. *Vivre avec un enfant qui a un déficit d'attention*, [en ligne], http://apamm.endirect.qc.ca/guideenfant.htm, 1999.

GOLDSTEIN, S., et M. GODSTEIN. *Managing Attention Disorders in Children*, New York, WileyInterscience Publications, 1990.

GOUDREAU, R. *TDAH : Moyens d'intervention en milieu scolaire*, document de formation, Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, 2000.

INSTITUT CHESAPEAKE. *Comment enseigner aux élèves présentant des troubles de l'attention accompagnés d'hyperactivité*, École et comportement, traduction d'Isabelle Tremblay et adaptation d'Egide Royer, Québec, 1994.

MASSÉ, L. *Intervenir auprès d'élèves du primaire présentant un déficit d'attention/hyperactivité : un tableau des interventions les plus efficaces*, atelier de formation lors du Colloque de l'AQPS, Trois-Rivières, novembre 2001.

PELHAM, W. E. « Implications of the MTA Study for Behavioral and Combined Treatments », *ADHD Report, New York*, vol. 8, n° 4, 2000.

INTERVENTION

Interventions dans le milieu familial

Quand on parle du traitement du TDAH, il est fréquemment mentionné que l'intervention, pour avoir une efficacité maximale, doit toucher plus d'un milieu de vie du jeune. Le milieu familial est un milieu très important dans lequel bien des interventions peuvent se faire. Ces interventions permettent d'augmenter d'autant les chances de succès de tout programme d'intervention. Il ne faut donc pas négliger l'apport certain des parents et des autres membres de la famille comme intervenants auprès de l'enfant qui présente le trouble.

Pour l'intervenant, le premier partenaire relativement à l'intervention dans le milieu familial demeure le parent. C'est par son intermédiaire qu'on rejoint l'enfant. Il est crucial d'aborder la situation familiale du jeune selon une vision globale à laquelle on peut sensibiliser les parents, en les initiant et en les impliquant dans la mise en place d'une approche relationnelle, éducationnelle et comportementale spécifique et bien documentée. Soutenir les parents pour qu'ils apprennent à gérer avec efficacité et clairvoyance les réactions de leur enfant et ainsi qu'ils deviennent stratégiques relativement aux conséquences du syndrome sur le climat familial peut être vu comme base de l'action du professionnel. Certains parents ont besoin d'être guidés dans leur apprentissage de certaines techniques et d'être soutenus pour maintenir le cap dans la bonne direction et éviter de se décourager.

Les parents doivent prendre conscience de l'influence constructive qu'ils peuvent exercer sur leur jeune et croire en leur capacité de l'aider et de développer leur compétence comme éducateurs. En agissant ainsi, ils peuvent stimuler leur enfant ou leur adolescent à s'épanouir dans la famille, à l'école et dans ses autres milieux de vie.

Par ailleurs, le jeune présentant le TDAH traverse les phases normales du développement comme tous ceux de son âge, avec parfois un peu de retard, de telle sorte que les deux phénomènes (développement et trouble) sont présents en même temps. Il s'avère parfois difficile de les distinguer. C'est là que le degré de connaissances qu'ont les parents à propos de leur enfant peut guider le choix des interventions éducatives qu'ils ont à effectuer. Dans certains cas, le trouble influe sur le développement et cause un léger retard de développement. Il n'est pas exceptionnel, par exemple, d'observer une certaine immaturité chez les enfants présentant un TDAH lorsqu'on les compare aux autres enfants de leur groupe d'âge.

Un message d'espoir à transmettre aux parents et à l'enfant est le fait que, bien que le trouble ne puisse se guérir, dans bien des cas il peut se contrôler. Les jeunes ne sont pas condamnés à en souffrir avec impuissance, puisqu'il y a possibilité d'amélioration.

1. Soutien et intervention auprès des parents

Les parents ou tuteurs de l'enfant présentant un TDAH ont un rôle important à jouer dans le processus d'intervention. Une grande part de l'intervention leur est réservée, car **ce sont eux qui vivent avec l'enfant et qui ont le plus de pouvoir et d'influence sur lui.**

Les objectifs des mesures de soutien destinées aux parents sont de les informer, de leur faire prendre conscience de leurs compétences en tant qu'éducateurs, de les outiller et de leur donner des moyens d'éviter l'épuisement.

Informer

Pour mettre en place des interventions efficaces, il faut être renseigné sur la problématique, les forces et faiblesses de son jeune et les moyens les plus efficaces pour traiter le problème. Or, pour remplir leur rôle d'intervenants auprès de leur jeune, les parents doivent avoir accès à cette information. Les buts visés dans ce processus de transmission d'information sont les suivants :

- Susciter l'adoption d'un discours commun par les parents et l'ensemble des intervenants, c'est-à-dire s'assurer que tous parlent de la même chose. Vérifier l'information obtenue relativement à la réalité scientifique du trouble, démystifier et éliminer les préjugés. L'échange d'information sur les caractéristiques du trouble est un moyen tout désigné d'y parvenir.

- Atténuer l'anxiété en devançant et en répondant aux préoccupations les plus fréquentes.
- Saisir que la nature et l'intensité des manifestations varient selon chaque enfant, qu'il n'existe pas de modèle unique : autant d'enfants, autant de portraits différents.
- Chasser, sinon atténuer, la culpabilité ressentie comme père et mère. Ce n'est la faute de personne, ni du parent, ni de l'enfant, si le trouble neurobiologique s'est installé en permanence. Prévenir ou éviter qu'un conjoint blâme l'autre en le désignant comme responsable de cet état.
- Atténuer les inquiétudes au sujet de l'avenir de leur enfant.
- Faire comprendre aux parents que les écarts de conduite sont souvent des conséquences de ce désordre plutôt que des actes volontaires de la part de leur jeune, afin qu'ils perçoivent la situation de façon juste.
- Suggérer une façon d'orienter tous leurs efforts : garder à l'esprit que les meilleurs résultats reposent sur le jumelage et la coordination de plusieurs moyens d'action.
- Amener les parents à se fixer des attentes réalistes par rapport aux capacités et aux limites de leur jeune.
- Outiller et encourager les parents pour qu'ils exercent leur rôle de protecteurs, et, à certains égards, d'agents d'information concernant la situation de leur enfant à la maison, à l'école et dans son environnement social. Cela signifie qu'ils sont invités à établir un pont de communication entre, en premier lieu, l'enfant et son entourage et, en second lieu, l'enfant et son syndrome.

En effet, les parents doivent fréquemment agir en tant que défenseurs de leur enfant, de leur image parentale et familiale, ainsi que de leurs valeurs face au jugement de l'environnement social. On fait ici référence à la perception négative et au blâme dont ils sont l'objet, qui les blessent et les poussent parfois à l'exclusion sociale.

En outre, les côtés attrayants de leur jeune gagnent à être connus. Les parents peuvent faire découvrir les facettes positives de sa personnalité à son entourage, soit la fratrie, la parenté ainsi que le personnel du milieu scolaire et de la garderie. Ils augmentent ainsi la chance de susciter chez les gens une opinion favorable à son égard, en faisant appel à leur compréhension et à leur tolérance. Les parents peuvent devenir, en quelque sorte, l'agent de promotion de leur enfant.

S'informer et comprendre constitue la première étape pour accepter le trouble neurologique et ses manifestations sur la personnalité et le comportement de l'enfant. Informer vise à permettre l'intégration et la maîtrise des connaissances objectives sur le syndrome et la compréhension de ses effets sur la manière d'être et la conduite du jeune.

Ces connaissances permettront aux parents d'avoir recours aux stratégies éducatives et comportementales. Certains parents anxieux et désemparés exercent une pression sur les intervenants pour éviter cette étape préliminaire qui vise à répondre à leurs nombreuses questions sur la gestion immédiate des réactions de leur enfant. Prendre le temps de franchir pleinement cette étape permettra aux parents de bien se préparer pour mettre en œuvre de nouvelles pistes d'intervention.

Prendre conscience de ses compétences d'éducateurs

Les parents doivent prendre conscience de leurs habiletés naturelles d'éducateurs, celles qu'ils possèdent déjà et avec lesquelles ils se sentent à l'aise. Ils croient souvent, à tort, qu'ils ont tout à apprendre alors que leur expérience de vie ainsi que leur cheminement les dotent déjà d'un certain bagage dans lequel ils peuvent puiser. Dans les faits, la vaste majorité d'entre eux ne partent pas à zéro, loin de là. À titre d'exemple, certains adultes donnent naturellement une structure stable à leurs enfants alors que d'autres font preuve spontanément de compréhension ou sont portés à offrir plus de stimulations. Ce qu'ils savent déjà, ou font instinctivement, les exempte d'avoir à acquérir de nouvelles habiletés pour plutôt exploiter celles qu'ils ont déjà. L'important est qu'ils se considèrent comme des guides auprès de leur enfant.

Ainsi, l'accent mis sur leurs aptitudes servira à les rassurer, à les mettre en confiance et, surtout, à les préparer à s'engager avec lucidité et clairvoyance auprès de leur jeune. **Fonctionner avec ce qui nous est familier** nous permet de nous sentir en sécurité, d'avoir confiance en nous et nous facilite la tâche; c'est **le pivot sur lequel repose l'action du parent** et qui l'assure que son investissement portera fruits.

- Renseigner leur enfant sur les effets envahissants de la dysfonction neurologique dans sa vie.
- Croire à leur intuition ainsi qu'à la connaissance intime qu'ils ont de leur enfant : une source bien riche pour imaginer et bâtir des solutions sur mesure.
- Les soutenir pour prévenir et surmonter les périodes de découragement ou la démission comme telle.
- **L'espoir est un ingrédient à entreposer dans leurs réserves.** La recherche nous indique que la majorité des jeunes connaissent une amélioration de leur condition à l'âge adulte.

Outiller

Pour envisager le syndrome dans une perspective générale, pour se diriger dans l'éducation et la relation avec leur jeune, pour affronter les différentes situations et réactions qui se présentent, être outillés de moyens d'action dynamiques et diversifiés est primordial pour les parents. Il s'agit d'enrichir leurs compétences en y ajoutant des stratégies nouvelles permettant d'élargir l'éventail qu'ils possèdent déjà.

Prévenir l'épuisement

Intervenir auprès d'un enfant qui présente un TDAH et l'éduquer constituent une tâche ardue et épuisante. C'est pourquoi les parents ou tuteurs de ces enfants doivent se protéger pour pouvoir intervenir efficacement. Il existe des moyens de prévenir l'épuisement, dont les suivants :

- **Choisir ses batailles :** On ne peut intervenir sur tous les aspects simultanément. Il faut donc choisir ce sur quoi l'énergie sera concentrée. Habituellement, on portera son énergie sur ce qui est le plus dérangeant et on ignorera ce qui est moins important.
- **Se relayer :** Lorsque l'on se sent en perte de contrôle, il est préférable de passer le relais à l'autre parent et de prendre du recul ou une pause afin de trouver son calme.
- **Prévoir des moments de répit :** Il est important que les parents (chef de famille monoparentale ou non) prévoient des moments de répit où leur enfant n'est pas sous leur garde, afin de reprendre leur souffle et de faire le plein d'énergie. L'enfant autant que les parents en tireront des bénéfices.
- **Participer à des groupes de parents.**

  Cette mesure d'aide répond souvent à trois besoins :

  - Développer des compétences : Ces groupes permettent l'apprentissage des pratiques parentales facilitantes liées au TDAH. Il est prouvé que ce type d'aide a un effet bénéfique sur les résultats à long terme de l'intervention mise en place pour leur enfant. Selon Anastopulos (2000), la réduction des pratiques parentales négatives ou inefficaces a un effet positif sur la fréquence des comportements dérangeants en classe. Or les groupes centrés sur l'apprentissage des pratiques parentales ont pour effet de diminuer les pratiques parentales négatives et d'augmenter la fréquence des pratiques parentales positives. De plus, cette forme d'aide a un effet positif sur la relation parent-enfant et diminue les risques pour le jeune de développer des comportements agressifs et antisociaux.
  - Permettre l'échange d'information et le soutien : Ces groupes permettent de briser l'isolement et suscitent les discussions. Les parents rencontrent d'autres parents qui vivent des situations similaires. Cette interaction favorise le développement d'une dynamique de soutien mutuel parmi les participants.

- Faciliter l'acquisition de connaissances : Les groupes de parents sont aussi utiles pour véhiculer l'information pertinente au sujet du TDAH et ainsi briser les mythes. L'information transmise dans ces groupes de parents peut aussi toucher des aspects plus larges comme les relations interpersonnelles des jeunes, la gestion du stress et l'implication dans le travail scolaire de son enfant (Pelham, 2000) ou tout autre sujet concernant la problématique du TDAH. Grâce à ces rencontres, le parent se sent davantage outillé pour faire face aux différentes situations de vie de son enfant et peut intervenir de manière plus efficace.

- **Avoir recours aux services externes :** Il arrive à certains parents de se sentir dépassés par la situation. Souvent, les parents se trouvent isolés, leur réseau de soutien naturel s'étant brisé avec le temps et les difficultés liées à l'éducation d'un enfant présentant un TDAH étant complexes. Dans ces moments, il vaut mieux aller chercher de l'aide à l'extérieur du réseau de soutien de la famille.

  Les CLSC et d'autres groupes communautaires offrent des services d'aide à la maison ou organisent des groupes d'entraide afin de soutenir les parents qui en ont besoin. Les familles ne devraient pas hésiter à y avoir recours. Ces services apportent un soutien supplémentaire en matière d'encadrement et peuvent favoriser les pratiques parentales efficaces, notamment à l'aide de suggestions sur des moyens visant l'amélioration du fonctionnement familial général.

- **Recevoir de l'aide professionnel :** Les parents peuvent aussi recevoir l'aide de professionnels experts dans le domaine du TDAH. Ces professionnels peuvent offrir un soutien en matière d'encadrement à la maison et guider les parents vers des pratiques parentales favorisant le développement de leur enfant.

Les parents sont les premiers intervenants auprès du jeune. De plus, ce sont les seuls qui ne peuvent jamais se départir de cette obligation. C'est pourquoi il est très important qu'ils ménagent judicieusement leur énergie pour pouvoir intervenir en tout temps. Pour ce faire, ils peuvent et devraient faire appel à tous les types de soutien qui leur sont offerts, soit leur famille et amis, les organismes communautaires, le milieu scolaire, les CLSC, les professionnels en clinique privée, etc.

2. PROCESSUS DE DEUIL SUIVANT LE DIAGNOSTIC

Comme pour toute autre problématique, l'annonce d'un diagnostic engendre un certain processus de deuil. En effet, pour une condition chronique comme le TDAH, le parent de l'enfant présentant cette problématique doit faire un deuil de l'enfant parfait, car malgré toutes les interventions mises en place, on ne guérit pas le trouble. Au plus, on apprend à l'enfant à mieux vivre avec sa problématique tout en diminuant le plus possible les facteurs pouvant avoir une incidence négative sur son développement. À la suite de cette annonce, le parent peut passer par les stades du processus de deuil tout comme le ferait une autre personne lors de la perte d'un être cher.

Les cinq stades de ce deuil sont les suivants :

- **La négation :** Lors de l'annonce d'une nouvelle malheureuse, la première réaction est de la refuser. C'est une réaction tout à fait normale, où l'on essaie d'éviter la déception et de se protéger contre la violence d'un choc. Malgré la difficulté à reconnaître la nouvelle, il y a quand même un début de prise de conscience de la réalité. Dans cette phase de négation, le parent peut refuser de reconnaître la présence des comportements liés au trouble que présente son enfant. Il peut tenter de trouver des explications diverses aux comportements de son jeune, comme une sensibilité extrême, un vécu difficile à la maison ou bien une paresse. Ces explications ou raisons peuvent paraître logiques, mais ne s'appliquent pas à la situation présente.

- **La colère :** Le sentiment d'impuissance ressenti à l'égard de la situation peut évoluer vers la colère. Ce sentiment est souvent inévitable et permet, dans une certaine mesure, l'expression des émotions. Il arrive alors que le parent en arrive à retourner sa colère vers son entourage : sa famille, le personnel scolaire, les intervenants et les professionnels en contact avec lui.

- **Le marchandage :** Devant une perte, il arrive qu'on en vienne à un certain marchandage avec les autorités, Dieu, etc. En fait, la personne commence à accepter la perte, mais essaie de gagner du temps ou de projeter son énergie ailleurs dans une démarche quelconque afin d'atténuer l'intensité des émotions. Pour le parent d'un enfant présentant un TDAH, cette étape peut se traduire par une recherche effrénée de moyens de guérison, de demandes incessantes envers le milieu scolaire ou autres afin d'atténuer le plus possible les « conséquences néfastes » du trouble.

- **La dépression :** Le cheminement vers l'acceptation passe souvent par une phase dépressive. À cette étape, la personne en deuil a des sentiments de peine. Elle est en voie d'accepter la situation telle qu'elle est. Pour le parent, c'est la même chose : il vit sa peine et commence à reconnaître que, quoi qu'il fasse, il ne pourra pas changer la réalité.
- **L'acceptation :** Cette étape finale n'est ni heureuse ni malheureuse. La personne peut enfin se tourner vers l'avenir et entrevoir de nouveaux projets. Le parent peut, à cette étape, participer à l'élaboration de moyens d'intervention pour venir en aide à son enfant. Il peut voir la situation telle qu'elle est et en reconnaître les aspects positifs autant que négatifs.

Les parents ne passent pas tous par un processus de deuil ou par toutes les étapes de ce processus. Il arrive que certains passent très rapidement à la phase d'acceptation sans pour autant vivre toutes les étapes, alors que d'autres les vivront une à une. Chaque parent réagit à sa façon lorsqu'il se trouve devant les difficultés de son enfant. Connaître ces phases du deuil peut aider à situer le parent et à comprendre ses réactions.

3. INTERVENTIONS AUPRÈS DE L'ENFANT

La planification d'une intervention efficace peut toucher divers aspects de la vie du jeune présentant le trouble. Elle visera surtout l'amélioration du comportement, de l'estime de soi et des habiletés sociales. Peu importe les aspects sur lesquels on décide d'intervenir, certaines conditions facilitantes doivent être mises en place dès le début de l'intervention.

- Il est bien important que les parents, les membres de la famille ou tuteurs de l'enfant soient renseignés sur le TDAH et sur ses manifestations afin de bien distinguer ce qui est sous contrôle volontaire de ce qui ne l'est pas dans le comportement de l'enfant.
- Il est également important que le jeune qui présente le trouble soit lui aussi informé de sa condition. Ainsi, il sera plus en mesure de connaître ce sur quoi il a du pouvoir et ce sur quoi il en a peu. Il peut alors canaliser son énergie au bon endroit et éviter les efforts infructueux pouvant mettre en péril le développement de son estime personnelle.
- Il faut que la famille accepte d'apporter des modifications dans son fonctionnement en augmentant sa disponibilité, en diminuant ses exigences, en modifiant le choix des activités familiales et en maintenant un encadrement ferme et constant en tout temps, même dans les activités libres. De telles modifications ne sont pas toujours faciles à accepter et à mettre en place pour les parents. Ce n'est donc pas par manque de volonté, mais plutôt par incapacité que parfois ils n'y arrivent pas. Ils peuvent alors avoir besoin du soutien des intervenants pour y parvenir.

Certaines notions-clés sont précieuses à connaître quand on vit avec un jeune qui présente un TDAH. Ces notions facilitent la gestion du comportement en général.

Un milieu de vie calme, stable et structuré

Le jeune présentant le TDAH manifeste souvent une grande sensibilité à l'égard des changements et des stimulations de tout ordre. Il peut réagir avec une intensité accrue devant des événements nouveaux, des lieux inconnus et des personnes étrangères. Ces éléments nouveaux qui agissent sur son environnement peuvent avoir un effet perturbateur sur lui. Pour prévenir les réactions excessives, le parent doit apprendre à gérer son comportement dans une vision d'ensemble, c'est-à-dire avec prévoyance et planification. Par son attitude, il invitera son enfant à rester calme et à prêter attention aux consignes. Le parent peut prendre diverses mesures à cet égard, dont les suivantes :

- lui offrir un milieu de vie où les dérangements, les changements et le stress sont réduits au minimum;
- respecter la nécessité d'établir une routine quotidienne qui soit la plus stable possible avec des activités et des tâches prévisibles ainsi que des moments et des lieux prédéterminés;
- planifier les attitudes qu'on souhaite qu'il adopte au moment des repas, des travaux scolaires, des loisirs et du coucher;
- rappeler à l'enfant le temps qu'il lui reste avant de passer d'une occupation à l'autre;
- prévoir des moments ou des activités pour que le jeune puisse combler son besoin de bouger.

Des règles simples, réalistes et cohérentes

Les règles de conduite servent à faciliter l'harmonie dans les relations interpersonnelles, à assurer la santé et la sécurité de chacun, à délimiter les droits et les obligations de tous et à transmettre des principes tels que le respect de soi et des autres, le partage, la courtoisie, l'honnêteté, la vaillance, l'indulgence, etc. Elles sont nécessaires à la qualité de la vie familiale et sociale et indispensables au jeune, car elles tracent des limites qui favorisent la maîtrise de soi. Elles servent aussi à prévenir les incidents de parcours.

Ces règles doivent être très claires afin que l'enfant sache exactement ce que le parent attend de lui. Il pourra ainsi distinguer sans hésitation ce qui lui est permis de ce qui ne l'est pas. Il devrait pouvoir reformuler ces règles ou pouvoir les transmettre à quelqu'un d'autre sur demande. Ces règles doivent être suffisamment précises pour que l'enfant soit bien informé des conséquences qui y sont associées.

Il est essentiel de déterminer une quantité limitée de règlements adaptés à l'âge et aux capacités de l'enfant. Une façon pour les parents de savoir s'ils doivent tenir à un règlement est de déterminer s'il a trait à la santé, à la sécurité et au savoir-vivre plutôt qu'à une question de goût personnel ou à une habitude qu'il ne peut défendre ou justifier.

Les limites doivent être stables et cohérentes. Elles ne devraient pas être influencées par les variations de l'humeur du parent, de son stress ou de sa fatigue. Le parent devra donc voir à mettre en place des mesures qui limitent de telles variations.

Plutôt que de priver le jeune d'expériences qui correspondent à ses besoins et à ses désirs, il faut l'amener à les vivre d'une façon acceptable et sécuritaire. Lorsqu'on impose une interdiction, il faut suggérer une solution de rechange aussi souvent que possible. Par exemple, le jeune peut planter des clous sur des retailles de bois et non sur le tronc des arbres autour de la maison.

Donner la priorité aux comportements les plus dérangeants; ignorer les autres afin d'épargner à votre enfant le sentiment de vous avoir trop souvent sur le dos.

La maîtrise de soi

Le jeune atteint du TDAH éprouve de la difficulté à développer et à conserver la maîtrise de soi. Cette déficience se répercute autant dans ses relations que dans ses activités puisque le jeune ne peut maîtriser lui-même ses agissements. Ce contrôle constant et cohérent doit provenir de l'adulte, qui doit aider son enfant à s'arrêter, à attendre, à retenir ses élans, à se servir de son jugement et à apprendre à canaliser son surplus d'énergie dans certains activités acceptables. Le parent ne peut pas se dire et espérer qu'avec le temps, en vieillissant, il y parviendra par lui-même ou finira par être à son affaire. Il est préférable de se faire à l'idée qu'il a besoin d'être suivi à long terme.

Le mot de passe, c'est l'**encadrement, encore et encore!** Le terme *encadrement* veut dire « prévoir une structure, établir des règles, poser des limites, établir une routine », soit tout ce que l'adulte peut faire et organiser pour que les choses soient claires, pour qu'il sache à quoi s'attendre.

De plus, maximiser les chances d'obtenir des résultats encourageants exige de la part des parents de la logique, de la persistance ainsi qu'une montagne de patience dans la mise en place des scénarios retenus. Pour y parvenir, ils peuvent et doivent se fier à leur créativité et à leur imagination.

Toute cette action veut aussi dire aller au bout du plan d'action mis en œuvre avant de capituler, de changer d'orientation et de conclure qu'il n'est pas valable : en réalité, bien souvent on se heurte à une certaine résistance au changement chez le jeune. Cette persévérance exige de la patience pour atteindre les résultats qui gratifieront plus tard les efforts consentis.

La responsabilité de l'enfant à l'égard de ses bons et mauvais coups

Le jeune présentant un TDAH éprouve une difficulté réelle à associer la cause d'un événement à ses conséquences. D'une part, il ne s'attribue pas facilement de mérite pour ses actions, et, d'autre part, il n'est pas toujours conscient de l'effet de ses actions sur autrui. Pour apprendre le sens de ses actes, il a besoin qu'on lui fasse prendre conscience et qu'on lui souligne, en temps opportun, autant ses bons coups que ses mauvais coups. De cette façon, il pourra s'approprier la responsabilité de sa conduite. Il aura plus de chance de se valoriser par des comportements adéquats et éventuellement de corriger ses actions dérangeantes.

Comme chacun a sa propre perception de la réalité, il peut arriver que le jeune comprenne autre chose que ce qu'on veut lui dire. On doit alors décrire en détail à l'enfant ce qui nous a plu et déplu dans son comportement et éviter les commentaires de nature trop générale (ex. : « Tu as été gentil chez grand-maman. »).

L'obéissance

Bien que le jeune présentant un TDAH se caractérise par son incapacité à se conformer aux demandes, il se peut aussi que, dans certains cas, il ne veuille pas obéir. Il importe de savoir que l'enfant désobéit pour des raisons bien concrètes : on lui demande de fournir un effort pour faire quelque chose d'ennuyant à ses yeux, alors cela ne l'intéresse pas et il résiste. Les parents doivent apprendre à se faire obéir, c'est-à-dire à se déguiser en vendeurs d'obéissance en ayant le tour de s'y prendre pour amener l'enfant à obéir et à poursuivre son apprentissage de la socialisation.

Le canal de communication à privilégier

Pour bien des enfants ayant un déficit de l'attention/hyperactivité, l'important est ce qu'il ressent, ce qu'il voit, ce qui le touche et ce qui fait du sens pour lui, et non ce qu'il entend. Les paroles résonnent souvent pour lui comme une langue étrangère qui ne fait pas image et qui, par conséquent, ne le rejoint pas. Dans ce sens, bien des parents sont portés à expliquer ou encore à répéter sans cesse leurs demandes en se disant qu'à la nième fois l'enfant finira par comprendre et se décidera à obéir. **Il faut être bref tout en choisissant un vocabulaire clair et concret.** S'éloigner des longs discours et des paroles superflues qui ne sont pour l'enfant que des propos abstraits et, par conséquent, peu efficaces, est la meilleure façon de créer un canal de communication fonctionnel. Avec ces jeunes, le dicton « arrêter de parler et agir! » prend toute sa signification.

La mémoire auditive

Les parents ont souvent tendance à donner plusieurs ordres à la fois et à vouloir que l'enfant obéisse parfaitement. La mémoire auditive à court terme est dans beaucoup de cas moins performante chez ce type d'enfant, ce qui signifie qu'il a une capacité à retenir un nombre limité d'informations. Le jeune ayant un TDAH a bien des chances d'oublier les premières demandes et de ne se souvenir que de la dernière, tout au plus. Il faut donner une consigne à la fois, et lorsqu'elle sera exécutée, formuler la suivante. Ce type de communication prend du temps, mais l'énergie et le temps qui y sont consacrés en valent la peine; on y regagne à tout arrêter et à y mettre le temps nécessaire de la bonne manière, et ce, tout de suite.

De plus, une image vaut mille mots! Il faut capter et retenir son attention par des mimiques, des mouvements corporels, une modulation de la voix ainsi qu'un vocabulaire imagé et du matériel concret (pictogrammes ou autres).

Le ton

Formuler les demandes sur un ton affirmatif et positif afin de bien faire comprendre à l'enfant que le parent y tient est la meilleure manière de dire les choses à un enfant présentant le TDAH. On exercera alors un effet de persuasion, contrairement à une formulation sous forme de question ou de négation qui ne l'incitera pas vraiment à obéir et lui laissera croire qu'il a un choix.

Nous pouvons illustrer ceci par la présentation de trois formes de discours :

- « Arrête de jouer avec le téléphone. » (phrase affirmative)
- « Voudrais-tu arrêter de jouer avec le téléphone? » (phrase interrogative)
- « Ne touche pas au téléphone. » (phrase négative)

Le contact tactile

Les contacts tactiles fermes sont des moyens structurants et calmants à privilégier. Dans plusieurs cas, ils sont plus efficaces que les contacts tactiles rapides et légers. L'enfant avec un TDAH est facilement stimulé, surtout par le toucher; il est préférable d'éviter de le chatouiller ou de le pincer, ce qu'il peut percevoir comme agressant. Poser plutôt les mains à plat avec une pression ferme sur la partie du corps visée, par exemple les bras ou les épaules, ou encore solliciter son regard en lui tenant la figure, les deux mains placées de chaque côté de la tête. On peut utiliser de tels contacts afin de l'aider à focaliser son attention.

Le travail d'équipe

Le suivi des règlements exige des parents qu'ils fassent équipe, c'est-à-dire qu'ils en arrivent à un consensus et se soutiennent l'un l'autre constamment dans l'exercice de la discipline. Il est essentiel de conjuguer les différences de style de chacun pour éviter les frictions et parer à un éventuel sabotage par l'enfant.

L'avantage de sa différence

Une hyperactivité saine et sous contrôle peut aider l'enfant à faire son chemin. Elle constitue un atout certain, car nous parlons ici de réussir avec sa différence, une réalité accessible à l'enfant atteint d'un TDAH. On reconnaît à l'enfant hyperactif de réelles qualités, entre autres, une imagination débordante, de la créativité, de la débrouillardise, une énergie remarquable, la capacité pour certains d'entre eux de faire les choses d'une manière originale ou de s'occuper gentiment des plus jeunes.

On a tous une façon d'être, c'est-à-dire des facettes qui, judicieusement utilisées, deviennent des qualités qui nous servent bien; par contre, mal utilisées, elles se transforment en lacunes. Ainsi, les caractéristiques du TDAH peuvent se métamorphoser en avantages pour l'enfant hyperactif et son entourage si on prend soin de leur jumeler des ressources adéquates et de planifier l'orientation à leur donner. Nous avons sous les yeux plusieurs exemples de personnalités sur la scène politique, artistique et sportive qui réussissent, nous inspirent et nous stimulent en dépit d'un diagnostic formel ou d'un rythme biologique à caractère hyperactif.

La volonté de changement

Après avoir déterminé les aspects du comportement qui doivent être ciblés, **deux ingrédients** s'ajoutent pour favoriser la réussite du jeune. Les auteurs Quinn et Stern nous les mentionnent : **travailler fort et avoir beaucoup de volonté.** Selon eux, ces conditions permettront de se diriger vers un succès à condition d'introduire les éléments nécessaires pour favoriser l'apprentissage comme, par exemple, un entraînement des techniques appropriées.

La confiance en soi

Quelle est l'influence du parent sur l'évolution du jeune touché par ce désordre neurochimique? La recherche des Drs Weiss et Hechtman nous révèle que la majorité des sujets présentant une évolution positive à l'âge adulte ont identifié comme facteur déterminant le fait qu'une personne significative a cru en eux un jour. Pour l'enfant, ressentir profondément que le parent croit en lui multiplie ses chances de réussir.

La personnalisation de l'intervention

Il est important de comprendre que, comme chaque jeune présente un portrait qui lui est propre, la combinaison des interventions doit lui être adaptée. Ainsi, certaines mesures seront efficaces pour un enfant et inappropriées pour un autre. D'où l'importance d'établir un programme personnalisé pour chacun. Le plan de services individualisés (PSI) prévu dans les établissements du réseau de la santé est un outil privilégié pour préciser les mesures appropriées à chacun et déterminer les évaluations et ajustements périodiques nécessaires. Si l'intervention est prise en charge par le milieu scolaire, on utilise les mécanismes prévus pour mettre en place un plan d'intervention et pour individualiser l'intervention et son suivi.

Les moyens d'intervention sont nombreux et diversifiés. Dans le but de personnaliser l'intervention pour chaque jeune, on se doit de choisir les moyens qui seront efficaces pour lui, en fonction de ses déficits et de ses forces. Des interventions qui sont efficaces à un certain âge peuvent être néfastes à un autre âge. C'est pourquoi il est impératif de faire un choix réfléchi.

3.1 INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER LES CAPACITÉS D'ORGANISATION

Bon nombre de jeunes présentant un déficit de l'attention ont de la difficulté à s'organiser, autant dans leur esprit que dans leur environnement. Dans bien des cas, il faut donc mettre en place des moyens afin d'intervenir sur la désorganisation physique autant que mentale. Les moyens d'intervention ciblant cet aspect du trouble visent à mettre en place des mécanismes de soutien et un encadrement externe afin que le jeune apprenne à s'organiser sans être dépendant de l'adulte.

TABLEAU – A

Exemples d'interventions visant à améliorer l'organisation

Ces moyens d'intervention doivent être choisis avec soin afin de répondre à un besoin spécifique.

- Fournir un système de classement basé sur les couleurs. Chaque matière, par exemple, pourrait avoir une couleur propre et ce code de couleur serait présent tout au long du cheminement scolaire. Le code de couleur peut aussi être utile pour le rangement dans la chambre, chaque couleur correspondant à une catégorie d'objet et apparaissant dans l'espace de rangement. Des animaux ou tout autre élément visuel peuvent être utilisés de la même façon que les couleurs.
- Développer l'habitude d'utiliser quotidiennement l'agenda pour y noter les rendez-vous autant que les devoirs et autres tâches à faire. L'agenda peut aussi servir à planifier la semaine. Ainsi, le jeune sait à l'avance ce qui s'en vient et peut s'y préparer. Son utilisation n'est pas innée chez le jeune. Il doit apprendre à l'utiliser et y accorder une importance suffisante. L'appui du milieu scolaire est souvent crucial. Il est important de choisir un agenda aéré dans lequel il est facile de s'orienter. Il peut être pertinent d'attacher ensemble les pages déjà utilisées.
- Utiliser les listes de choses à faire lorsqu'il y a plusieurs tâches à accomplir. La possibilité de rayer la tâche effectuée favorise un sentiment d'accomplissement et maintient la motivation tout en diminuant les oublis.
- Aider le jeune à fragmenter les tâches plus longues en plusieurs étapes. On peut donner un renforçateur pour chaque étape franchie.
- Maintenir une routine simple et constante. Les séquences habituelles du matin et du soir peuvent être écrites ou représentées par des pictogrammes afin de mieux visualiser ce qu'il y a à faire. L'affiche doit être placée à un endroit visible et accessible pour le jeune. Par exemple, il peut y avoir un exemplaire dans la chambre, dans la cuisine ou dans la salle à manger. Ainsi, on évite beaucoup de répétitions et la permanence qu'engendrent ces horaires fixes évite aussi les changements fréquents qui interfèrent avec l'apprentissage de la routine. Ces horaires ont aussi pour but de situer le jeune dans le temps, surtout si celui de la semaine ou du mois est mis en évidence. En s'y référant fréquemment, l'enfant apprend comment gérer son temps.

TABLEAU A

- Faciliter le rangement par l'utilisation de crochets ou de boîtes de rangement bien identifiés.
- Marquer les vêtements, objets scolaires ou autres qui sont susceptibles d'être oubliés ou interchangés, par un symbole ou une marque évidente. Limiter leur nombre le plus possible, par exemple un passemontagne, qui pourrait remplacer la tuque et le foulard, ou bien ne donner que le minimum en matière de crayons et de matériel scolaire. Cette façon de procéder évitera des pertes en grand nombre.
- S'assurer d'avoir des vêtements ou du matériel de remplacement en surplus afin de diminuer les conséquences des pertes.

3.2 INTERVENTIONS VISANT À LIMITER L'AGITATION

Un enfant qui est très agité comme celui qui présente un TDAH de type hyperactif-impulsif a souvent besoin de dépenser son énergie. Pour certains, il leur est pratiquement impossible d'arriver à se contrôler s'ils n'ont pas la possibilité, à certains moments, « de laisser aller leur fou ». Les interventions efficaces visant à diminuer l'agitation permettent un équilibre entre la dépense d'énergie et le contrôle moteur. On apprend aux jeunes à rester calme plus longtemps tout en leur permettant par la suite de se vider de leur trop plein d'énergie au moment approprié.

TABLEAU – B

Exemples de moyens agissant sur l'agitation

Ces moyens ne sont pas efficaces pour tous les jeunes et doivent être choisis avec soin selon les situations.

- Favoriser des activités parascolaires permettant au jeune de dépenser son énergie (athlétisme, natation, soccer, arts martiaux, vélo, etc.). Il arrive souvent que le jeune ne trouve pas du premier coup l'activité qui le passionnera ou l'intéressera suffisamment pour persévérer. La recherche et l'essai d'activités doivent se poursuivre jusqu'à ce qu'il en trouve une à son goût. La participation à ces activités permet au jeune de connaître du succès, d'augmenter son estime de soi, d'augmenter ses capacités d'attention et de diminuer son agitation.
- Aménager un endroit tant à l'intérieur qu'à l'extérieur dans lequel le jeune peut se dépenser sans avoir à faire attention de ne pas briser quoi que ce soit.
- Avant une activité qui demandera au jeune de rester calme, lui permettre de se dépenser. Par exemple, lui faire faire une course ou toute activité motrice exigeante avant d'amorcer la période de devoirs ou le repas.
- Donner au jeune des responsabilités lui permettant de canaliser son énergie telles que tondre la pelouse, faire marcher son chien ou celui du voisin, déblayer la neige, passer l'aspirateur, etc. Ainsi, il peut se valoriser en participant aux tâches de la maison tout en se dépensant.
- Instaurer un coin « calme » dans la maison, qui est utilisé uniquement à cette fin. Quand le jeune atteint un degré d'agitation trop important, on peut y avoir recours afin qu'il retrouve son calme. Ce coin doit être choisi en fonction d'un isolement relatif, loin de toute stimulation et en fonction du calme qu'il inspire. Il doit être présenté au jeune positivement, soit comme un outil et non comme une conséquence ou une punition.
- Pour les périodes de calme, avoir recours à une douce musique de fond. Le jeune peut en venir à faire l'association entre la musique et la situation. Ainsi, lorsqu'il entend cette même musique, il saura qu'il doit rester calme. Les bains et les boissons chaudes sont aussi des moyens qui apaisent et calment.
- Limiter les émissions de télévision et les jeux vidéo trop stimulants. La télévision et les jeux vidéo sont des activités qui répondent au besoin de stimulation des jeunes ayant un TDAH. Bon nombre d'entre eux pourraient y passer la journée s'ils ne sont pas soumis à une mesure de contrôle quelconque. Mais, ces émissions ou ces jeux, quoiqu'ils répondent à un besoin du jeune, ont souvent l'effet d'augmenter l'agitation. En limitant leur utilisation, on peut diminuer l'agitation tout en forçant le jeune à se trouver d'autres activités plus enrichissantes ou en lui permettant de se dépenser physiquement.

TABLEAU B

- Contrôler le bruit environnant. En diminuant le bruit, on diminue le degré de stimulation et le degré d'agitation en conséquence. Un environnement calme favorise un comportement calme.
- Fermer les lumières aide à créer un environnement calme; s'assurer que le degré d'intensité de la lumière dans certaines pièces n'est pas stimulant pour le jeune.
- Placer des couvertures lourdes dans le lit calme l'enfant.

3.3 INTERVENTIONS VISANT À DIMINUER L'IMPULSIVITÉ ET À AMÉLIORER LE COMPORTEMENT EN GÉNÉRAL

La majorité des interventions agissant sur l'impulsivité et le comportement s'inscrivent dans le cadre d'une thérapie comportementale (behaviorale). Ces interventions agissent directement sur le comportement par des moyens de contingence. En fait, par les retroactions, on indique au jeune les comportements qu'il doit remplacer ou garder dans son répertoire. Il est beaucoup plus facile pour ces jeunes d'adopter un nouveau comportement en remplacement d'un autre qui est inadéquat que de cesser un comportement sans le remplacer.

L'établissement de règles limitées et claires ainsi que d'un mode de fonctionnement constant et régulier est une des meilleures façons d'obtenir des changements auprès du jeune présentant des problèmes d'impulsivité. À l'aide d'interventions constantes et fréquentes, davantage positives que négatives, le jeune finit par adopter un mode de fonctionnement adéquat.

TABLEAU – C

Exemples d'interventions favorisant le contrôle de l'impulsivité et la modification du comportement

Afin de personnaliser l'intervention selon le portrait du jeune, un choix réfléchi doit se faire.

Règles

- Promouvoir les regles de la maison et les réduire au minimum. Mieux vaut un nombre limité de règles que l'on applique avec rigueur et constance qu'un trop grand nombre qu'on oublie et néglige de faire respecter.
- Les règles doivent être claires et affichées visuellement dans la maison. Ainsi, on peut y faire directement référence en situation de crise, ce qui limite les risques de contestation et d'argumentation.
- Certaines règles doivent être désignées comme incontournables, par exemple le respect. On doit donc prévoir des conséquences instantanées et facilement applicables lorsqu'elles ne sont pas respectées.
- Il est important d'intervenir dès le début d'une situation problématique. On évite ainsi l'escalade pouvant mener à l'emploi de contention physique.
- Prévoir et préparer à l'avance toute situation nouvelle ou habituellement perçue comme problématique. On explique clairement à l'enfant ce qui est attendu de lui et ce qui se passera s'il n'obtempère pas à ce qui est prévu. Une récompense devrait aussi être annoncée si le comportement correspond aux attentes, pour favoriser la motivation du jeune. Faire référence aux réussites antérieures.

Consignes et demandes

- Les consignes doivent être simples, formulées une à la fois, claires et brèves. On doit aussi s'assurer d'avoir l'attention de l'enfant avant de les verbaliser.
- Demander le regard. Si le jeune ne fixe pas son regard sur l'interlocuteur, il est fort probable qu'il soit distrait et qu'il n'entende pas le discours.

TABLEAU C

- Il est plus facile d'adopter un nouveau comportement que d'en cesser un sans le remplacer. Il est donc préférable de décrire un comportement souhaitable que de demander l'arrêt d'un autre. Par exemple, il vaut mieux demander à l'enfant de parler d'un ton calme tout au long d'une visite au centre d'achat que de lui demander de ne pas crier ou de se taire.
- Assurer un suivi constant des demandes formulées afin de fournir une rétroaction fréquente. Ce procédé permet d'intervenir rapidement si la demande n'est pas suivie ou de réagir positivement si elle a été suivie.
- Utiliser des codes non verbaux dans les rétroactions positives ou négatives. Par exemple, on peut s'entendre avec l'enfant pour que, lorsqu'on place notre main sur son épaule, cela veut dire qu'il est dans la lune et qu'il doit se remettre à la tâche, ou bien, lorsqu'on lui donne un jeton, collant ou estampe, c'est pour lui signifier que son comportement est bon ou qu'il fait ce qu'on attend de lui, etc. Ces codes non verbaux préviennent les escalades d'agressivité, évitent d'intervenir verbalement trop souvent et sont moins irritants pour l'enfant.

Attitude du parent

- Employer un ton ferme, énergique, résolu et convaincant. Si le ton laisse paraître une patience illimitée, l'enfant risque de recommencer encore et encore. Le ton parle autant que le discours. L'enfant perçoit facilement le manque d'assurance ou de conviction de l'adulte et y réagit.
- Ne pas répéter la demande plus de deux fois avant de passer à l'acte. C'est ce qu'on appelle communément la règle des 1-2-3 conséquences, c'est-à-dire qu'après le rappel une conséquence s'applique si la demande n'a toujours pas été agréée. Il faut alors appliquer la conséquence prévue avec le jeune lors d'une discussion antérieure.
- Utiliser des trucs inventés par d'autres jeunes éprouvant la même difficulté. Ces trucs sont souvent plus attirants.
- Décoder les émotions derrière le comportement. Mettre des mots sur l'émotion qui sous-tend un comportement aide le jeune à mieux se comprendre et, par conséquent, diminue la tension sous-jacente.

Retrait

- Prévoir un coin de retrait pour les **arrêts d'agir obligatoires imposés au jeune en cas de crise majeure.** Quand un jeune commence à se désorganiser, il arrive qu'on soit dans l'obligation de l'arrêter. Avoir un temps de réflexion, à la vue du parent, peut aider. Ainsi, le jeune peut y rester pour un temps déterminé par le parent. Cette période doit permettre au jeune de retrouver son calme sans plus. Barkley (1997) évalue le temps de retrait à environ 1 à 2 minutes par année d'âge. Ainsi, un enfant de 4 ans ne devrait pas y rester plus de 8 minutes comme temps de départ; il ne s'agit cependant pas ici d'une norme reconnue. C'est une mesure efficace auprès des enfants présentant un TDAH, mais il faut toutefois bien faire la différence entre le refus d'obtempérer et l'incapacité de faire ce qui est demandé.

3.4 INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER L'ESTIME DE SOI

Quand un jeune subit des échecs et éprouve des difficultés dans plusieurs sphères de vie, il est possible que son estime de soi diminue avec les années. Pour ces enfants qui ne croient plus en eux, il est très difficile de s'engager dans un processus de changement, car ils sont convaincus que rien ne pourra changer. Bien souvent, ils ont essayé des choses par le passé, ils ont travaillé très dur pour faire comme les autres, et ils n'y sont jamais arrivés. Il faut tout d'abord convaincre le jeune qu'il peut changer et qu'il peut arriver à vivre et à se développer comme les autres.

Comme tous les autres enfants, il a besoin des éléments suivants :

- se sentir en confiance et en sécurité auprès de ses parents;
- être respecté et aimé comme une personne à part entière qui a une identité bien à elle;
- se connaître puis développer son autonomie avec ses propres ressources et ses imperfections;
- être reconnu et accepté avec sa différence;
- faire partie de sa communauté (la famille, l'école, les amis), avoir une place bien à lui.

Il est essentiel d'inclure dans toute planification d'intervention des moyens visant à accroître l'estime de soi, et ce, pour augmenter l'implication du jeune dans l'intervention et maximiser l'efficacité des moyens d'intervention mis en place. L'estime de soi augmente entre autres avec les succès. En effet, une estime de soi positive est souvent la conséquence d'expériences positives. Il faut donc amener les jeunes à connaître le plus de succès possible et les amener à reconnaître leurs bons coups.

TABLEAU – D

Exemples d'interventions visant à augmenter l'estime de soi

Ce ne sont pas tous les jeunes présentant un TDAH qui verront leur estime de soi diminuer. Mais, si c'est le cas, il faut impérativement trouver les moyens les plus efficaces afin qu'ils reprennent confiance en eux.

- Souligner au jeune sa bonne conduite, soit par des encouragements verbaux ou non verbaux (jetons, points supplémentaires, collants, estampes, etc.). Multiplier les encouragements.
- Déterminer et utiliser des moyens d'encouragement envers lesquels le jeune est sensible. Il arrive que certains jeunes soient mal à l'aise avec les encouragements verbaux; il est alors préférable d'utiliser des encouragements non verbaux.
- Cibler et exploiter les situations qui valorisent l'enfant comme des sports, des champs d'intérêt particuliers ou encore lorsqu'il rend service. Si l'école est souvent associée à l'échec, il est encore plus important que le jeune se trouve une autre activité dans laquelle il connaît du succès et a de la facilité afin de compenser pour les autres moments où il doit faire face à l'échec ou aux difficultés.
- Faire un retour chaque soir sur les événements positifs de la journée uniquement afin de terminer la journée sur une note positive avant le coucher.
- Limiter le nombre d'objectifs afin que le jeune les atteigne facilement. On peut par la suite en augmenter le nombre graduellement quand on voit que le jeune croit pouvoir les atteindre. On doit aussi établir un seuil de réussite accessible.
- Prévoir des périodes d'attention positives au cours desquelles l'enfant est seul avec un parent pendant une vingtaine de minutes, plusieurs fois par semaine. Ces périodes raffermissent les liens. Elles doivent être centrées sur les bons coups de l'enfant. On ne fait alors aucune allusion aux comportements négatifs, on l'encourage, on le « nourrit » positivement.
- Prévoir une progression dans la difficulté des défis pour que l'enfant les relève avec succès et développe ses compétences.

3.5 INTERVENTIONS VISANT À AMÉLIORER LES HABILETÉS SOCIALES

Un grand nombre de jeunes présentant un TDAH ont des difficultés sur le plan de la socialisation. Celui qui a une prédominance inattentive vit davantage un retrait social, c'est-à-dire qu'il se montre peu enclin à aller vers les autres, semblant plutôt se complaire dans la solitude. Celui qui a une prédominance hyperactive-impulsive vit souvent un rejet social en raison de ses réactions impulsives, et parfois agressives, et de sa propension à adopter des comportements inadéquats qui font en sorte que les pairs sont souvent peu intéressés à s'associer à lui.

L'enfant présentant le trouble doit apprendre de nouvelles façons d'interagir avec les autres. Un travail sur le plan des habiletés sociales, peu importe le type de TDAH, est souvent pertinent. Ce travail peut se faire de façon individuelle, par modeling, par mises en situation, etc. Quel que soit le moyen utilisé, les interventions doivent viser une meilleure compréhension des interactions sociales et de leurs conséquences, positives comme négatives, de même qu'un apprentissage de comportements sociaux adéquats.

TABLEAU – E

Exemples de moyens d'intervention visant à améliorer ou à développer des habiletés sociales

Comme toute autre intervention, le choix doit se faire en fonction du portrait spécifique du jeune et ne peut être efficace pour tous.

- Parler avec le jeune des façons d'interagir avec les adultes. Pour que ces discussions soient efficaces, elles ne peuvent avoir lieu à la suite d'une situation négative au cours de laquelle le jeune s'est fait prendre en défaut. Dans un tel cas, le jeune aura peu d'ouverture à l'écoute, étant probablement envahi par des émotions négatives comme la colère, la tristesse ou la honte. Pendant ces discussions, on peut lui apprendre à formuler des demandes, à s'informer de l'autre, à interrompre poliment, à accepter les compliments et à s'affirmer. Ainsi, lors d'une situation où il a à interagir avec un adulte, il a une meilleure idée de la façon de se comporter.
- Revenir avec le jeune sur les situations de conflits avec ses pairs. Il faut garder une position objective sans prendre parti pour l'un ou l'autre. On peut ainsi aider le jeune à juger de son comportement et à comprendre ce qui aurait pu être fait autrement. Il est important de se centrer sur les faits et sur leurs conséquences réelles sans se laisser envahir par le contexte ou par des sentiments négatifs et souvent disproportionnés.
- Favoriser les rencontres à deux plutôt qu'à plusieurs. Ainsi, les risques de conflits sont moindres, l'agitation peut mieux se contrôler par une stimulation plus faible et le jeune sera plus en mesure de mettre en application ce qu'il a appris.
- Avoir recours à un groupe d'aide. Il peut être pertinent pour le jeune de participer à des groupes de rencontres avec d'autres jeunes ayant des difficultés similaires. Les rencontres sont centrées sur le développement des habiletés sociales. Les CLSC, certains groupes communautaires et le milieu scolaire peuvent fournir ce type d'aide.
- Utiliser les jeux de société pour apprendre au jeune à suivre des règles définies.
- Encourager le partage.
- Susciter le développement des capacités d'écoute du jeune par des exercices sur les éléments de base de l'écoute (regard sur la cible, se répéter le message, attendre que l'autre ait terminé avant de prendre la parole, etc.). On peut stimuler cette capacité en demandant au jeune de raconter dans ses propres mots ce qu'on vient de lui lire.
- Inciter le jeune à suivre les consignes par tout programme de renforcement.

4. GESTION DES DEVOIRS ET DES LEÇONS

Pour bien des parents, la période des devoirs et des leçons est régulièrement un sujet de discorde important entre eux et leur enfant, ou même entre les deux parents. En conséquence, il se peut que le jeune devienne encore plus rébarbatif au travail scolaire. Sa motivation de même que son rendement peuvent diminuer et le stress peut augmenter dans le milieu familial et nuire à la relation parent-enfant. Quand cette période devient conflictuelle, il est possible de mettre en place certaines interventions pour adoucir les tensions et rendre le moment plus agréable pour les deux parties.

Plusieurs interventions favorisent la réduction des conflits pendant la période de travail à la maison. Plus une routine est établie, moins il y a de place à l'argumentation. De plus, il faut tenir compte du style et des capacités du jeune. Certains sont incapables de se remettre au travail après un journée à l'école sans avoir pris une pause pour dépenser leur énergie, alors que, pour d'autres, c'est le fiasco si les devoirs ne sont pas faits dès le retour à la maison. Il est préférable de bien adapter la période des devoirs selon les besoins et le type de difficultés éprouvées. Évidemment, il n'existe pas de modèle d'encadrement idéal pour tous les jeunes présentant un TDAH car, malgré un diagnostic identique, ces jeunes ont tout de même des caractéristiques qui leur sont propres.

TABLEAU – F

Exemples d'interventions visant à améliorer ou à faciliter la gestion des devoirs et des leçons

- Choisir avec l'enfant le moment propice pour la période des devoirs et des leçons afin de planifier un horaire quotidien constant. La routine établie rend plus facile l'amorce du travail. On doit donc inciter le jeune à respecter cette routine.
- Délimiter un endroit propice aux devoirs, calme et libre de toutes distractions. Un pupitre dans une pièce fermée est souvent l'endroit idéal. La chambre peut poser problème si l'ordinateur ou les jouets sont visibles. Le jeune sera davantage attiré par le jeu que par ses devoirs. La table de la cuisine peut être peu propice, car les autres membres de la famille peuvent s'y affairer et créer des distractions de toutes sortes.
- Prévoir une « trousse » pour les devoirs, qui comprend le matériel dont l'enfant a besoin quotidiennement (crayons, règle, efface, crayons de couleur, etc.). Cette trousse peut aussi inclure des livres qu'on garde en double à la maison dans le but de limiter les oublis et la lourdeur du sac d'école.
- Aider le jeune à diviser un devoir long en étapes plus courtes. Sa motivation sera maintenue plus longtemps. Pour ces longs devoirs, il est préférable d'entrecouper l'exécution avec d'autres devoirs plus courts. Le changement d'activité à toutes les 10 ou 15 minutes aide à maintenir l'attention et l'intérêt.
- Si la quantité de travail est élevée, il est préférable, pour certains jeunes, de diviser le temps de travail en deux périodes distinctes. Par exemple, au lieu de faire une heure et demie de travail consécutif, il vaudrait mieux prévoir deux périodes de 45 minutes, l'une avant le souper et l'autre après.
- Procéder à une vérification des devoirs selon des critères clairs et réalistes par rapport aux difficultés éprouvées par le jeune. Par exemple, si l'on sait que l'enfant éprouve beaucoup de difficulté à composer un texte, on peut lui demander d'en écrire deux phrases par soir plutôt que de lui demander de le composer en un seul soir.
- Prévoir un moyen de communication efficace avec l'enseignant afin de l'aviser lorsque les devoirs et les leçons ont été particulièrement difficiles ou au contraire très bien faits. L'enseignant peut alors apporter les modifications qui s'imposent. Il arrive qu'il soit judicieux, pour maintenir la motivation du jeune, d'arrêter le travail après la période prédéterminée quand le jeune a fourni l'effort, même si tous les devoirs ne sont pas terminés. Il est important que l'enseignant soit au courant afin qu'il ne donne pas la sanction prévue. Il est tout aussi important qu'il soit au courant si le devoir non fait est dû à un refus du jeune de le faire. Ainsi, ce jeune recevra la conséquence associée à son choix de ne pas faire le devoir, et le parent n'aura pas à gérer cette conséquence.
- Un système de récompenses peut être mis en place pour motiver l'enfant à faire ses devoirs de façon satisfaisante. La récompense (par exemple, 15 minutes de son activité préférée le soir même) est donnée si des objectifs précis et déterminés à l'avance sont atteints.
- Avoir recours à une ressource externe (aide aux devoirs à la maison ou à l'école si offerte) peut être un moyen de diminuer les frictions entre le parent et l'enfant. Les jeunes ont moins tendance à s'opposer en présence d'un étranger qu'en présence de leurs parents.
- Permettre des stimulations sensorielles dans un contexte où l'enfant a besoin de bouger pour demeurer concentré et bien gérer l'utilisation de ces moyens (proposer à l'enfant de changer de position au milieu des devoirs ou de se taper sur les cuisses ou dans les mains pour compter ou épeler). Lorsque l'enfant porte à sa bouche ses doigts, son crayon, son col ou sa manche de chandail ou joue constamment avec ses cheveux, on peut lui permettre de compenser son besoin de stimulation en lui donnant une gourde d'eau pour boire entre les leçons, une gomme à mâcher ou une balle antistress qu'il peut manipuler.
- Permettre l'utilisation des écouteurs pour réduire le bruit et favoriser la concentration.

ANASTOPOULOS, A. D. « The MTA Study and Parent Training in Managing ADHD », *The ADHD Report, New York*, vol. 8, n° 4, 2000.

BARKLEY, R. A. « Dix-huit façons de rendre un système de jetons plus efficace avec les TDAH », traduit par C. Robitaille, *ADHD Report, New York*, vol. 4, n° 4, 1996.

BARKLEY, R. A. *Defiant Children : A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*, New York, Guilford Press, 1997.

BEAULIEU, D. *Une centaine de trucs simples pour améliorer les relations avec votre enfant*, Montréal, Éditions Académie Impact, 2000.

DESJARDINS, C., M. GROULX, et S. LAVIGUEUR. *Pour mieux intervenir : Protocole d'intervention pour le trouble : déficit de l'attention/hyperactivité*, Montréal, CFORP, 1999.

FLICK, G. L. *ADD/ADHD : Behavior-Change Resource Kit*, The Center for Applied Research in Education, 1998.

GAGNÉ, D. *Vivre avec un enfant qui a un déficit d'attention*, [en ligne] http://apamm.endirect.qc.ca/guideenfant.htm, 1999.

GOLDSTEIN, S., et M. GODSTEIN. *Managing Attention Disorders in Children*, New York, WileyInterscience Publications, 1990.

PELHAM, W. E. « Implications of the MTA Study for Behavioral and Combined Treatments », *ADHD Report, New York*, vol. 8, n° 4, 2000.

SAUVÉ, C. *Apprivoiser l'hyperactivité et le déficit de l'attention*, Montréal, Éditions Hôpital Sainte-Justine, 2000.

Les 5 phases du processus de deuil, tiré de l'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence, Bibliothèque nationale du Québec.

INTERVENTION

Interventions dans le milieu scolaire

L'enfant ou l'adolescent passe en moyenne 30 heures par semaine à l'école. Il est donc justifié de penser que les moyens d'intervention instaurés dans le milieu scolaire ont de fortes chances d'avoir un effet important sur lui. L'école constitue un milieu dans lequel différents aspects du comportement du jeune peuvent être considérés. Il va sans dire que l'intervention sera beaucoup plus efficace si un travail similaire est entrepris simultanément dans le milieu familial et dans les autres milieux de vie de l'enfant ou de l'adolescent. En fait, une intervention efficace ne saurait se limiter au milieu scolaire. Le principe même d'une intervention multimodale implique une participation des différents intervenants qui interagissent avec le jeune.

Il faut toutefois mentionner qu'aucune solution ne s'applique à tous les jeunes ayant un TDAH. Puisque la nature du trouble varie d'un individu à l'autre, il est essentiel d'adapter le choix des mesures à mettre en place en fonction de la spécificité de chacun des jeunes présentant le trouble. Certaines mesures seront très efficaces pour un individu, mais auront un effet limité sur un autre. Il est donc essentiel que les interventions mises en place s'appuient fermement sur l'évaluation qui a été faite et répondent aux besoins spécifiques du jeune.

1. Conditions favorisant une intervention efficace

Dans toute intervention visant à modifier des attitudes ou des comportements, certains principes ou conditions de base favorisent et augmentent les chances de succès. Cependant, des situations particulières pourraient faire en sorte que certaines de ces mesures soient contreproductives. Il faut toujours faire preuve de jugement professionnel dans une situation donnée.

- Présenter à l'enseignant, dès la rentrée scolaire, le portrait des élèves ayant un TDAH et leurs caractéristiques propres. Il n'est pas souhaitable de cacher la présence du trouble chez un jeune à qui que ce soit. De même, refuser d'en entendre parler dans le but de se faire une opinion seulement à partir de ses propres observations est contreproductif. Ces enfants ont des besoins particuliers. Mettre des interventions en place dès la rentrée facilitera leur intégration et diminuera les situations négatives autant pour l'enseignant que pour l'enfant.
- Donner une formation aux enseignants et à tous les intervenants appelés à être en contact avec ces élèves sur les meilleures façons de gérer la classe et les mesures pédagogiques aidantes. Les enseignants et intervenants scolaires doivent être en mesure d'adapter leurs interventions en fonction des besoins spécifiques du jeune. Pour ce faire, ils doivent comprendre la problématique du TDAH et avoir un répertoire d'outils et d'interventions alternatives. La formation est donc un moyen efficace d'acquérir ces connaissances.
- Prévoir du soutien pour l'enseignant, particulièrement en début d'année, pour mettre en place un système d'encadrement bien adapté aux besoins des enfants ou des adolescents. Cette aide peut prendre fin dès que l'encadrement est bien intégré au groupe et à la vie de la classe. Le type de soutien peut varier selon l'ampleur des difficultés de l'enfant et le degré de connaissance de l'enseignant relativement à la problématique.
- S'assurer que tous les intervenants et professionnels scolaires en contact avec le jeune travaillent en collaboration. Ainsi, les risques de dédoublement des services sont diminués et la responsabilité de l'intervention, qui incombe à plus d'une personne, est moins lourde à assumer. Les concepts d'équipe de travail, d'équipe-cycle, d'équipe-école prennent ici tout leur sens. Il est essentiel de travailler de façon cohérente et concertée tant au sein de l'école qu'avec les intervenants externes et la famille. (Le document : « Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite » du MEQ documente l'organisation du travail du personnel œuvrant en milieu scolaire).
- Associer les parents ou tuteurs de l'enfant ou de l'adolescent à l'élaboration, à la réalisation et au suivi du plan d'intervention. En s'associant aux parents ou tuteurs et en s'assurant leur collaboration, on brise l'isolement que le jeune peut ressentir et on diminue les risques de manipulation de l'information par le jeune.
- Rechercher la collaboration des professionnels ou des intervenants externes qui travaillent déjà auprès du jeune, s'il y a lieu. La coordination des services se fera plus facilement et tous pourront orienter leur travail dans la même direction. Les intervenants scolaires peuvent agir comme pivots entre la famille et les autres intervenants du réseau scolaire et des réseaux de la santé et des services sociaux, des loisirs et de la pratique privée. Les intervenants devraient prévoir des rencontres en cours d'année afin d'évaluer l'efficacité des interventions et d'apporter des modifications, s'il y a lieu.

- Intégrer le jeune dès le départ dans les interventions mises en place pour l'aider. Il est important que le jeune soit au courant du fonctionnement de l'encadrement qui lui sera offert, de ce qui est attendu de lui et de ce qui arrivera s'il répond ou non aux exigences. Il est très sécurisant pour le jeune de se rendre compte de la concertation et de la mobilisation des personnes pour lui venir en aide. Il doit aussi prendre part activement au traitement. Il ne faut pas s'attendre à ce que les choses changent sans qu'il n'y mette les efforts nécessaires. Il est donc essentiel de faire en sorte qu'il soit motivé.

2. MOYENS D'INTERVENTION AYANT UNE INCIDENCE SUR LE COMPORTEMENT

Certaines interventions générales peuvent être utilisées peu importe le type de comportement à modifier. Les mesures efficaces dans le cas du TDAH sont souvent les mêmes que celles qui sont utilisées pour d'autres problèmes de comportement. Elles nécessitent cependant, dans bien des cas, plus de rigueur et de constance de même qu'une mise en application prolongée afin d'obtenir des résultats maximums.

TABLEAU – A

Moyens d'intervention visant à modifier le comportement

- **Préparer le jeune.** Ce moyen implique que l'enseignant et l'élève revoient ensemble les règles à suivre, les comportements et attitudes attendus de même que les conséquences ou récompenses qui y sont associées. Il est pertinent de rappeler au jeune la récompense ou le privilège qui l'attend s'il fait ce qui est demandé. Le jeune entreprend la tâche ou l'activité avec un but concret à atteindre.
- **Encourager verbalement.** L'enfant qui présente un TDAH, surtout du type hyperactif-impulsif ou combiné, reçoit souvent beaucoup plus de rappels ou d'avertissements négatifs que d'encouragements verbaux. Il serait préférable que ce phénomène soit inversé pour que les encouragements soient plus fréquents que les avertissements. Ainsi, le jeune se sent moins agressé et peut adopter une attitude plus positive à l'égard de ce qu'on lui demande. Cette dynamique permet de travailler en amont des problèmes et favorise la manifestation de comportements ou d'attitudes adéquates de la part du jeune. On agit donc sur l'apprentissage de nouveaux comportements plus adaptés à une situation plutôt que sur l'élimination de comportements inadaptés.
- **Se tenir près physiquement.** L'incidence d'une demande ou d'une intervention est plus grand si elle se passe à proximité du jeune. Il ne faut pas hésiter alors à employer un regard ou un geste non verbal clair comme pointer, croiser les bras, afficher un air sévère, etc.
- **Ignorer.** Il arrive souvent que des élèves adoptent des comportements inadéquats dans le but d'attirer l'attention. Ignorer ce comportement est parfois la meilleure solution pour en diminuer la fréquence et enfin le voir disparaître. De plus, comme il est impossible d'intervenir sur tous les comportements simultanément, il est préférable d'en ignorer certains pour se concentrer sur ceux que l'on a ciblés. Il faut mentionner par contre qu'il y a des comportements qu'on ne peut ignorer comme la violence physique ou verbale de même que le manque de respect flagrant. Sur ces comportements, l'ignorance a peu de prise.
- **Ajuster les attentes.** Il faut être en mesure d'ajuster nos attentes envers ces jeunes, car ils ne peuvent pas se comporter comme la moyenne des jeunes de leur âge. Malheureusement, on constate qu'à l'occasion, par fatigue ou par manque de connaissances, les intervenants deviennent encore moins tolérants envers ces jeunes qu'envers leurs pairs qui ne présentent pas le trouble. C'est un piège qu'il faut absolument éviter, car il génère habituellement une escalade d'interventions de moins en moins efficaces.

Plusieurs des interventions agissant sur le comportement s'inscrivent dans le cadre d'une thérapie comportementale (behaviorale). Ces interventions agissent directement sur le comportement par des moyens de contingence. En fait, par les rétroactions, on indique au jeune les comportements qu'il doit remplacer ou garder dans son répertoire. Il est beaucoup plus facile pour ces jeunes d'adopter un nouveau comportement en remplacement d'un autre qui est inadéquat que de cesser un comportement sans le remplacer.

L'établissement de règles limitées et claires ainsi que d'un mode de fonctionnement constant et régulier est la meilleure façon d'obtenir du changement auprès du jeune présentant le trouble. À l'aide d'interventions constantes et fréquentes, davantage positives que négatives, le jeune finit par adopter un mode de fonctionnement adéquat.

TABLEAU – B

Exemples d'interventions favorisant un comportement adéquat

- Formuler les règles de fonctionnement du groupe de façon claire et visuelle et les faire approuver par le groupe. Les conséquences des manquements aux règles peuvent aussi être choisies en groupe.
- Favoriser un climat calme dans la classe. Il ne faut pas accepter que des élèves en dérangent d'autres.
- Être très prudent dans l'utilisation des réprimandes. Elles doivent être dénuées d'émotion et centrées sur le comportement et non sur l'élève dans son intégrité.
- Bien informer les parents sur les progrès et les objectifs en classe afin qu'ils travaillent dans le même sens.
- Éviter de donner des conséquences à tout le groupe pour les actions d'un ou deux élèves.
- Utiliser la technique des 1-2-3 conséquences. Donner un premier avertissement, annoncer la conséquence au deuxième et imposer la conséquence annoncée au troisième avertissement. Il est très important que cette conséquence soit appliquée pour que cette technique soit efficace.

3. Système d'émulation et modification du comportement

L'un des outils les plus puissants dans l'encadrement d'un enfant ayant un TDAH est le système d'émulation, ou grille de comportement, qui permet au jeune d'être récompensé pour ses améliorations ou qui impose une conséquence s'il ne s'engage pas suffisamment. Ce système demande une observation constante et fréquente du ou des comportements ciblés, d'établir un niveau de base et d'associer des récompenses ou privilèges de même que des conséquences aux comportements présentés. (La section Différentes approches du présent document, traite ce sujet plus en profondeur.)

4. Moyens visant à améliorer l'organisation

La majorité des jeunes présentant un déficit d'attention ont de la difficulté avec l'organisation et la planification, tant dans leur esprit que dans leur environnement. Il est alors important de mettre en place des moyens afin d'aider le jeune à s'organiser. La gestion du temps est aussi souvent difficile pour eux. Ils ont ainsi beaucoup de difficulté à terminer les tâches à temps. On doit alors leur fournir des outils adéquats afin de pallier ce problème.

TABLEAU – C

Exemples d'interventions visant à améliorer l'organisation

- Organiser le matériel selon un code de couleurs facile à utiliser. Limiter le nombre de livres et l'espace de rangement. Par exemple, il est préférable d'utiliser un gros cartable avec des séparateurs de couleurs plutôt que plusieurs petits, ou d'utiliser un cahier d'écriture pour plusieurs sujets plutôt qu'un pour chaque sujet. Moins il y aura d'objets à gérer, moins il y aura d'oublis ou de pertes. Apprendre des moyens de s'organiser et se structurer aident les élèves présentant le trouble à moins se sentir submergés par le travail scolaire et les devoirs.
- Coller sur le bureau un panier dans lequel les élèves rangent leurs crayons, efface et règle après chaque utilisation.
- Établir des routines pour le matin et le soir, de même que pour les débuts et fins de cours.
- Utiliser du papier graphique (quadrillé) peut aider le jeune qui a de la difficulté à aligner ses chiffres. Le papier à large interligne peut aussi être une solution de rechange pour ceux qui éprouvent des difficultés du point de vue de la calligraphie.
- Utiliser des listes de vérification sur lesquelles l'élève coche les tâches terminées.
- Utiliser un chronomètre pour fournir des repères dans la gestion du temps (ex. faciliter l'habillement).
- Divers choix de trottoirs et d'interlignes sont possibles pour faciliter l'organisation lors de l'écriture ou diminuer l'exigence en matière de précision. Le choix du meilleur matériel se fait en fonction d'une évaluation éclairée des difficultés de l'enfant.

5. MOYENS VISANT À LIMITER L'INATTENTION

En ce qui concerne les jeunes présentant un TDAH de type inattentif, les interventions visent surtout l'amélioration de l'attention et nécessitent souvent de modifier l'environnement afin de pallier ce déficit. En fait, l'écoute des consignes est un déficit majeur dans leur profil. Une modification de l'environnement et de la présentation des consignes est souvent de mise afin que le jeune puisse faire les apprentissages et ne pas prendre de retard. Certains exercices peuvent se faire dans le contexte scolaire et aider le jeune à augmenter ses capacités d'attention.

TABLEAU – D

Exemples d'interventions visant à diminuer l'inattention et à augmenter l'écoute et le respect des consignes

- S'assurer de la compréhension des consignes en :
  - demandant son regard;
  - changeant le ton de sa voix, en frappant dans les mains ou sur le tableau, en mettant le doigt sur la bouche;
  - nommant son nom avant de donner la consigne;
  - utilisant des consignes courtes, claires et allant droit au but;
  - évitant de donner plus d'une consigne à la fois;
  - utilisant un support visuel qui rappelle les consignes;
  - répétant la consigne après 5 minutes;
  - donnant des exemples de ce qu'on attend;
  - organisant les directives dans un ordre logique;
  - utilisant l'élève comme exemple;
  - faisant répéter la consigne par l'élève.
- Encourager les élèves à visualiser dans leur tête la tâche demandée. L'utilisation de la visualisation mentale doit cependant être adaptée selon l'âge et le développement intellectuel du jeune.

TABLEAU D

- Utiliser le prénom de l'élève en difficulté dans les exemples ou utiliser son matériel pour montrer ou expliquer la tâche à faire.
- Utiliser un code non verbal permettant d'indiquer à l'élève qu'il n'est pas attentif. Par exemple, l'enseignant peut déterminer avec son élève que lorsqu'il lui met la main sur l'épaule, c'est pour lui dire qu'il doit se remettre à la tâche. Un autre code non verbal pourrait servir à l'encourager à continuer, à lui dire qu'il fournit un bel effort. Ces codes non verbaux ne sont connus que de l'élève et de l'enseignant et évitent d'attirer constamment l'attention des autres sur lui.
- Susciter le développement du discours intérieur qui permet de se donner des consignes à soi-même. Ainsi, le jeune meuble sa pensée de consignes centrées sur le travail et parvient à rester concentré plus longtemps sur celui-ci. On peut modeler cette habileté en parlant tout haut, devant l'élève, afin de lui montrer ce qu'on se dit lorsqu'on accomplit une tâche. On doit toutefois adapter les demandes au degré de développement du jeune, car le développement du discours intérieur se termine vers l'âge de 12 ans pour un enfant qui n'a pas de retard de maturation. Selon Barkley (1996), les jeunes présentant un TDAH auraient justement un certain retard dans le développement des fonctions exécutives, dont le discours interne fait partie.
- Placer un rappel visuel (photo d'un animal ou d'un autre objet) sur le bureau. Ce rappel visuel est choisi par le jeune et lui fait penser à rester attentif. Ce rappel doit être placé à l'intérieur du champ de balayage visuel régulier du jeune et on doit s'assurer que sa vue n'est pas obstruée par d'autres objets.
- Utiliser une feuille d'autoenregistrement sur laquelle l'élève indique s'il était attentif lorsque l'enseignant lui dit de le faire. Cette feuille peut être utilisée à titre indicatif ou comme défi où objectif devant être atteint. Ce moyen peut aussi se présenter sous la forme d'une feuille collée sur le pupitre, sur laquelle l'enseignant indique sporadiquement par un crochet si le jeune n'est pas à la tâche. Ainsi, le jeune débute avec un nombre de points et en perd pour chaque crochet. C'est une méthode qui peut être motivante pour certains jeunes.
- Utiliser des isoloirs portatifs en carton que les élèves peuvent placer sur leur bureau pour les tâches qui demandent plus d'attention. L'isoloir limite les distractions visuelles et aide le jeune qui l'utilise à rester plus facilement centré sur son travail, et ce, pour une plus longue période de temps.
- Souligner les moments d'attention par un renforçateur concret. Donner à l'enfant des bâtons de « bonbons glacés », des jetons ou de l'argent scolaire lorsqu'il est à son travail le motive et l'aide à reconnaître les moments où il répond aux exigences.
- Encourager l'élève lorsqu'il demande de l'aide. Il doit sentir que c'est normal de ne pas comprendre du premier coup. L'élève doit réaliser qu'il doit communiquer ses difficultés à son enseignant s'il veut poursuivre et compléter la tâche.
- Souligner le travail terminé peut augmenter la motivation des élèves et les amener à mettre plus d'efforts pour terminer la tâche demandée.
- Limiter les affiches trop voyantes et les objets suspendus au plafond qui bougent constamment. Ce sont des distractions supplémentaires pour le jeune qui a de la difficulté à maintenir son attention sur une cible précise.
- Mettre en évidence des pictogrammes (arrêter, regarder, écouter) qui montrent aux élèves comment se rendre réceptifs quand vient le temps d'écouter des explications. L'enseignant peut y faire référence lorsqu'il est temps d'avoir l'attention des élèves.
- Placer l'élève dans un endroit éloigné de la porte, des fenêtres, de l'endroit où est disposé le matériel ou du taille-crayon, et où les déplacements sont peu fréquents. L'emplacement doit également être facilement accessible par l'enseignant afin qu'il puisse utiliser ses codes non verbaux.
- Placer des élèves pouvant servir de modèles près du jeune présentant un TDAH. Le jeune a alors moins de risque de se faire déranger par les élèves qui l'entourent.
- Utiliser le tutorat par les pairs. Un élève peut avoir la responsabilité d'aider l'élève présentant le trouble à s'organiser, à revenir à la tâche ou à répéter les consignes. Il faut toutefois faire attention, car certains enfants n'aiment pas se faire aider par d'autres enfants. Ils n'aiment pas que les autres connaissent leurs difficultés.

TABLEAU D

- Réduire le bruit ambiant en plaçant des balles de tennis sous les pattes des chaises et des bureaux.
- Mettre une douce musique de fond pendant certaines activités ou périodes de temps aide à maintenir une ambiance paisible dans la classe et rend les élèves plus disposés au travail.
- Permettre l'utilisation d'un baladeur lors des travaux personnels. La musique masque les distractions auditives. Les écouteurs seuls peuvent aussi assourdir les bruits environnants et faciliter l'attention.
- Utiliser une enregistreuse. Cet appareil peut aider le jeune qui a de la difficulté à garder l'information dans sa mémoire de travail assez longtemps pour pouvoir l'écrire.
- Libérer le pupitre des objets non essentiels à la tâche. L'enseignant peut superviser la gestion du matériel en le rangeant dans une boîte et en ne remettant à l'élève que ce dont il a besoin.
- Encourager l'utilisation des calendriers, agendas et planificateurs. La majorité des enfants ayant le TDAH auront besoin d'encadrement afin d'apprendre à les utiliser et à s'y habituer. Il faut s'attendre à maintenir cet encadrement sur une période plus longue que pour les autres élèves.
- Enseigner des méthodes de gestion du temps et répéter jusqu'à ce que ce soit assimilé.
- Varier les positions de travail et, si possible, l'environnement de travail entre certaines tâches plus exigeantes.
- Alterner les périodes de travail exigeantes et les tâches permettant de bouger et de refaire le plein d'énergie.
- S'assurer que l'intensité de la lumière est correcte (une forte luminosité peut déranger un enfant alors qu'un autre peut se concentrer plus facilement grâce à cet apport sensoriel).

6. Moyens visant à limiter l'agitation

L'enfant qui présente un TDAH de type hyperactif-impulsif peut être agité et avoir énormément de difficulté à rester longtemps assis sans bouger. Il faut alors tenir compte de cet aspect et lui permettre de s'activer régulièrement. Ainsi, la tension due au contrôle constant de son agitation sera moins haute et donc plus facile à gérer. En fait, ce jeune a besoin d'un certain équilibre entre les périodes où il doit se maîtriser et rester calme et celles où il peut se relâcher un peu. Les interventions visant à adapter l'environnement, la séquence des événements et la présentation de la matière sont souvent efficaces pour ce type d'enfant.

TABLEAU – E

Exemples d'interventions visant à diminuer ou à limiter l'agitation

- Prévoir des moments où le jeune peut bouger sans trop déranger (ex. : passer des feuilles aux élèves, porter des messages au secrétariat, etc.).
- Prévoir des pauses où les élèves font quelques exercices de détente. Ces pauses peuvent être prévues plusieurs fois par jour, surtout après un travail au cours duquel les jeunes sont restés assis pendant une longue période de temps.
- Demander à l'élève de venir présenter à l'enseignant chaque partie de travail terminé.
- Placer le pupitre de l'élève à un endroit susceptible de moins déranger les autres.
- Délimiter, à l'aide d'un ruban gommé, un espace autour du pupitre auquel l'élève a droit, mais qu'il ne peut dépasser.
- Diminuer au minimum le bruit que peut faire l'élève avec son pupitre et sa chaise en plaçant des balles de tennis sous les pattes de la chaise et du pupitre, et des coussins amortissant le bruit lorsque l'élève abaisse le dessus du pupitre.
- Multiplier les encouragements et les renforçateurs concrets lorsque l'élève adopte une bonne conduite.

TABLEAU E

- Éviter les retraits de la récréation. Il est préférable de trouver une autre conséquence, car dans bien des cas ces enfants ont besoin de cette période pour se dépenser.
- Donner des renforcements verbaux et des privilèges aux élèves qui font leur travail en silence et calmement afin de valoriser cette façon de faire.
- Alterner les apprentissages actifs pour lesquels les élèves ont le droit de bouger et les apprentissages plus passifs qui leur demandent de rester assis.
- Aider le jeune à prendre conscience de son envie de bouger. On peut, à sa demande, lui permettre de travailler debout ou dans un autre endroit dans la classe, quand cela est possible.
- Permettre des stimulations sensorielles dans un contexte où l'enfant a besoin de bouger pour demeurer concentré et bien gérer l'utilisation de ces moyens (proposer à l'enfant de changer de position au milieu des devoirs ou de se taper sur les cuisses ou dans les mains pour compter ou épeler). Lorsque l'enfant porte à sa bouche ses doigts, son crayon, son col ou sa manche de chandail ou joue constamment avec ses cheveux, on peut lui permettre de compenser son besoin de stimulation en lui donnant une gourde d'eau pour boire entre les leçons, une gomme à mâcher ou une balle antistress qu'il peut manipuler.

7. MOYENS VISANT À LIMITER L'IMPULSIVITÉ

L'impulsivité diminue avec le développement de l'autocontrôle. Or, les enfants qui présentent cet aspect du trouble ont du mal à développer cette fonction exécutive qu'est l'autocontrôle. Les interventions visent à diminuer l'impulsivité et ainsi à augmenter les capacités d'autocontrôle. C'est par la persévérance et la constance dans les interventions qu'ils y arrivent. On doit leur fournir un encadrement externe jusqu'à ce qu'ils arrivent à développer un contrôle interne. Il va sans dire que les interventions efficaces sur l'impulsivité prévoient un encadrement ferme et constant qui amène le jeune à s'arrêter avant d'agir. Il faut toutefois faire la différence entre fermeté et sévérité. Ces jeunes ont besoin que l'on agisse avec rigueur et constance et non que l'on devienne plus sévère et limitatif envers eux. En fait, les jeunes présentant un TDAH avec impulsivité n'ont pas nécessairement une déficience relativement à toutes les fonctions exécutives, mais ils présentent plutôt une incapacité à avoir un délai de la réponse qui les empêche, par conséquent, d'utiliser les autres fonctions (voir Barkley pour plus de détails sur cette hypothèse). Il est aussi favorable pour eux de prévoir les situations à l'avance pour éviter les surprises qui peuvent générer alors des comportements impulsifs. De plus, manipuler l'environnement afin de le rendre moins excitable et plus prévisible est un moyen de diminuer l'imprévisibilité des réponses.

TABLEAU – F

Exemples de moyens d'intervention ayant pour but de limiter l'impulsivité et de favoriser le développement de l'autocontrôle

- Réduire à l'essentiel les règles à suivre et les formuler de façon claire. Il est préférable de les rendre accessibles visuellement dans la classe. Les illustrer par des pictogrammes ou par de photographies montrant des élèves de la classe en train de suivre lesdites règles est une façon concrète de les représenter.
- Prévoir des conséquences positives et négatives relativement à ces règles. Ces conséquences peuvent être illustrées de la même façon que les règles.
- Illustrer les routines du matin et du soir, de même que les débuts et fins de périodes, et les rendre simples et constantes.
- Intervenir tôt, dès les premiers signes d'une désorganisation. On peut aussi faire de même lorsqu'on observe les signes précurseurs de comportements positifs attendus en renforçant ce comportement immédiatement.

TABLEAU F

- Prévoir et planifier toutes les situations critiques pour l'élève, comme les transitions vers un autre local, les récréations ou les activités spéciales. On annonce ce qui s'en vient et ce qu'on attend clairement des élèves, en particulier ceux qui ont de la difficulté à maîtriser leur impulsivité. Pour faciliter ces situations, on peut annoncer à ces élèves un privilège auquel ils auront accès s'ils se comportent de la façon attendue.
- Planifier les transitions :
  - en établissant des règles claires;
  - en revoyant avec les élèves les comportements attendus jusqu'à ce que la routine soit établie;
  - en supervisant étroitement les élèves qui se désorganisent facilement;
  - par des rétroactions fréquentes quand ces élèves se comportent bien;
  - en précisant le temps limite pour la transition.
- Il est fortement recommandé que les transitions soient les plus courtes possible. Les élèves risquent alors moins de se désorganiser.
- Prévoir avec l'élève une marche à suivre quand il sent monter la colère. Cette démarche peut être affichée dans la classe ou dans un coin où les élèves pourraient se retirer pour reprendre leur calme. Ainsi, les autres élèves peuvent servir de modèles et inciter le jeune à utiliser cette façon de faire. Encourager ces retraits volontaires.
- Aider le jeune à développer l'habileté de s'arrêter et de réfléchir devant une situation problématique. Cette habileté se développe en rappelant une conséquence désagréable imposée antérieurement dans une situation semblable.
- Pour développer l'autocontrôle, il faut travailler le langage intérieur, la capacité de se parler soi-même et de se donner des consignes. L'une des façons d'enseigner cette habileté est de dire tout haut ce qu'on se dit dans notre tête lorsqu'on fait face à une situation ou à une tâche.
- Imposer des conséquences immédiates et automatiques lorsqu'une règle considérée comme prioritaire n'est pas respectée.
- Utiliser les temps d'arrêts (time-out) pour éviter les escalades négatives. On envoie alors l'élève ou les élèves en cause dans un endroit relativement isolé, mais tout de même à la vue de l'adulte en autorité, afin qu'il retrouve son calme. Il faut par la suite revenir sur la situation avec les principaux intéressés pour leur indiquer une façon plus adéquate de réagir. Les conseils de coopération (moyen de gérer les conflits qui amène les élèves ciblés par une situation problématique à exprimer leurs sentiments à l'égard de la situation, à présenter leurs excuses et à trouver une meilleure façon d'agir, le tout sous la supervision de l'enseignant) peuvent être utiles, mais tous les enfants ne répondent pas bien au fait de régler leurs problèmes devant le groupe. Il faut respecter ce fait et prévoir des rencontres en petit groupe avec les élèves en cause.
- Utiliser des codes non verbaux qui rappellent l'élève à l'ordre de façon discrète. Cette façon de faire évite d'attirer inutilement l'attention des autres sur cet élève et permet une certaine complicité entre lui et son enseignant. D'autres codes non verbaux peuvent être prévus pour encourager l'élève à poursuivre ses efforts. Souligner les bons comportements à l'aide de renforçateurs concrets (collants, estampes, jetons, argent scolaire, bâtons de « bonbons glacés ») aide le jeune à prendre conscience de ses bons coups. On peut aussi lui permettre d'échanger ses renforçateurs contre des privilèges prévus à l'avance.
- Pour l'impulsivité verbale (parler sans attendre le droit de parole), on peut :
  - placer sur le bureau un pictogramme représentant cette règle;
  - ignorer le commentaire si le jeune l'a formulé sans avoir levé la main;
  - valoriser ceux qui lèvent la main;
  - donner l'attention rapidement quand l'élève impulsif lève la main afin de l'encourager à le faire.

8. Mesures visant à améliorer l'estime de soi

Quand un jeune subit constamment des échecs dans plusieurs sphères de sa vie et pendant une longue période de temps, il est possible que son estime personnelle soit touchée. Lorsque ces jeunes ne croient plus en eux, il leur est plus difficile de s'engager à fond dans une intervention, car ils ne croient pas que la situation changera. Par le passé, ils ont tenté des choses, mais sans succès. Alors, pourquoi serait-ce différent maintenant? Il faut donc, avant tout, convaincre le jeune que la situation peut changer, que lui aussi peut changer et arriver à vivre et à se développer comme les autres, et qu'il a réellement du pouvoir sur ce qui lui arrive.

Plusieurs auteurs soulignent que l'estime de soi est un élément principal dans le développement personnel et c'est pourquoi on doit y porter une attention particulière. Tout plan d'intervention doit prendre en considération l'estime de soi et inclure des moyens visant à l'augmenter si elle est diminuée. La clé réside dans le succès. Plus l'enfant ou l'adolescent aura du succès, plus il réalisera ses bons coups, plus il aura confiance en lui et plus il sera actif dans le processus. L'efficacité de l'intervention en sera plus grande.

TABLEAU – G

Exemples d'interventions visant à augmenter et à susciter le maintien de l'estime de soi

- Miser dès le départ sur des forces de l'élève afin qu'il acquière un sentiment de compétence malgré les difficultés qu'il peut éprouver dans d'autres sphères d'habiletés. Il faut le valoriser dans les activités dans lesquelles il a de la facilité.
- Évaluer plusieurs moments de la journée au lieu de la journée dans sa globalité. Il y aura moins de contamination du négatif et le jeune aura moins tendance à tout abandonner après la première faute. Il pourra se reprendre à la prochaine période.
- Prévoir des récompenses et des privilèges fréquents et rapprochés. L'enfant aura plus de facilité à reconnaître ses bons comportements.
- Utiliser des renforçateurs auxquels le jeune est sensible afin qu'ils aient une incidence réelle sur lui.
- Informer les parents des situations de réussite autant que des difficultés.
- Pour augmenter l'estime de soi et aider le jeune à développer un sentiment de compétence, le rapport entre les récompenses-privilèges et les conséquences devrait être de 2 pour 1, c'est-à-dire que, pour une conséquence donnée, on devrait accorder deux récompenses ou privilèges.
- Augmenter les situations de succès en limitant les objectifs à atteindre au minimum, c'est-à-dire un ou deux objectifs simultanément. On augmente graduellement les objectifs après plusieurs réussites.
- Offrir à l'élève un tuteur (adulte du personnel scolaire) avec qui il pourra développer un lien de confiance et à qui il pourra se référer pour parler des situations difficiles.
- Donner à l'élève des responsabilités qu'il pourra assumer.
- Considérer l'élève qui a un TDAH comme une personne à part entière et non comme un cas. Il faut porter attention à ses côtés positifs autant qu'à ses côtés négatifs.
- Se donner des moments privilégiés avec le jeune afin de créer une complicité avec lui et lui signifier qu'on peut distinguer ses comportements de la personne qu'il est.
- Lui demander des suggestions sur les meilleures façons d'intervenir avec lui. Souvent, ces jeunes trouvent, de façon intuitive, des mesures d'aide facilitantes.
- Être attentif aux situations où l'élève peut être le bouc émissaire des autres.
- Ne pas réagir aux « ça ne me dérange pas » ou « je m'en fous ». Ce ne sont généralement que des moyens de faire porter le malaise à l'adulte qui a donné la conséquence et de se défendre contre celle-ci. Ce peut être aussi une façon pour le jeune de faire changer la conséquence.

9. Mesures visant à améliorer les habiletés sociales

Un grand nombre de jeunes ayant un TDAH présentent des déficits sur le plan de la socialisation. Celui qui a une prédominance inattentive vit davantage un retrait social, c'est-à-dire qu'il se montre peu enclin à aller vers les autres, semblant plutôt se complaire dans la solitude. Celui qui a une prédominance hyperactive-impulsive vit souvent un rejet social en raison de ses réactions impulsives et, parfois agressives, et de sa propension à adopter des comportements inadéquats qui font en sorte que les pairs sont souvent peu intéressés à s'associer à lui.

Un travail sur le plan des habiletés sociales, peu importe le type de TDAH, est souvent pertinent. L'enfant présentant le trouble doit apprendre de nouvelles façons d'interagir avec les autres. Ce travail peut se faire de façon individuelle, par modeling, par mises en situation, etc. Quel que soit le moyen utilisé, les interventions doivent viser une meilleure compréhension des interactions sociales et de leurs conséquences, positives comme négatives, de même qu'un apprentissage de comportements sociaux adéquats.

Le milieu scolaire est un endroit privilégié pour l'enfant avec un TDAH, car il peut y apprendre de nouveaux comportements sociaux tout en recevant l'aide des intervenants qui le soutiennent. Il peut cependant devenir un endroit qui peut nuire au développement du jeune si celui-ci ne reçoit pas l'attention et l'aide auxquelles il a droit de la part des intervenants.

TABLEAU – H

Exemples d'interventions favorisant de meilleures interactions sociales et visant le développement de nouveaux comportements sociaux

- Bien mettre en évidence les règles relatives aux activités scolaires et les réviser avec les élèves fréquemment, en particulier avant qu'une telle activité n'ait lieu.
- Revoir les conséquences rattachées à un refus de suivre les règles établies en fonction des conséquences négatives autant sur l'élève que sur les autres.
- Mettre l'accent sur les comportements positifs alternatifs dans une situation de conflit avec les autres.
- Structurer les activités pour éviter les désorganisations. Ainsi, les bons comportements ont plus de chance de se produire et le renforcement positif peut se faire plus fréquemment.
- Encourager l'élève ayant un TDAH à observer les adultes et les autres enfants pour apprendre d'où viennent les conséquences, la séquence des événements et les liens de causalité.
- Après une situation de conflit, une fois le calme revenu, prendre le temps de faire un retour avec l'élève sur ce qui s'est passé, sur la séquence des événements qui ont mené à la situation problématique et sur des comportements alternatifs qu'il pourra utiliser ultérieurement. L'utilisation de métaphores est efficace pour faire comprendre des liens aux enfants.
- Utiliser les jeux de rôles afin d'illustrer les comportements adéquats par rapport à ceux qui ne le sont pas.

10. Interventions pédagogiques

Certaines mesures pédagogiques favorisent les apprentissages des élèves présentant un TDAH. En effet, il faut très souvent apporter des modifications à la façon d'enseigner afin que la gestion de la classe se déroule adéquatement. Ces modifications peuvent se faire de façon individuelle ou s'appliquer à toute la classe. Le but est principalement de faciliter les apprentissages du jeune en s'adaptant à son mode de fonctionnement. Il faut limiter le retard scolaire dû aux difficultés qu'il vit en classe présentement ou depuis plusieurs années. Le pronostic de ces enfants est beaucoup plus positif s'ils n'accumulent pas trop de retard.

Dans le nouveau contexte pédagogique émanant de la réforme et des nouveaux programmes, les intervenants scolaires trouveront une multitude d'opportunités afin d'adapter leur enseignement en fonction des besoins spécifiques des jeunes présentant le TDAH.

TABLEAU – I

Exemples de mesures pédagogiques favorisant les apprentissages et limitant le retard scolaire

Il faut s'assurer de choisir les mesures en fonction des caractéristiques du jeune, car certaines de ces mesures sont efficaces pour certains mais peuvent être néfastes pour d'autres.

- Utiliser une méthode d'enseignement participative qui favorise l'interaction des élèves.
- Utiliser du matériel autocorrectif afin que l'enfant vérifie par lui-même sa compréhension en se corrigeant et, de ce fait, améliore ses apprentissages et augmente sa motivation.
- Prévoir des périodes d'apprentissage par projets. Le jeune travaille alors à son rythme et sent moins la pression. L'enseignement par module, au secondaire, est une formule appréciée par l'adolescent, car il peut progresser à son rythme, ce qui diminue la frustration et la démotivation qu'il peut ressentir lorsqu'il a à suivre un rythme imposé.
- Permettre le choix d'un menu d'activités ou de tâches. Les jeunes ont alors l'impression d'avoir plus de prise sur leur apprentissage et s'impliquent davantage.
- Utiliser du matériel concret pour enseigner des concepts abstraits, comme les réglettes, pour les concepts d'unité, de dizaine et de centaine, ou bien les jetons, pour visualiser les concepts d'addition et de soustraction.
- Utiliser la motricité pour travailler l'espacement des mots, compter par deux et compter les syllabes.
- Favoriser un enseignement assisté par ordinateur. Cette méthode répond au besoin de stimulation de ces enfants tout en maintenant leur motivation et leur attention plus longtemps.
- Utiliser le tutorat par les pairs pour la révision d'apprentissage. Il faut faire attention, car cette méthode ne plaît pas à tous les enfants. Il faut être à l'écoute de la sensibilité des jeunes.
- Agrémenter fréquemment les apprentissages par des jeux éducatifs. L'aspect ludique augmente l'intérêt des enfants, en particulier pour ceux qui présentent le trouble. Ils seront plus enclins à fournir un effort supplémentaire pour rester attentifs plus longtemps.
- Utiliser une approche multisensorielle, c'est-à-dire utiliser plus d'un sens pour susciter l'apprentissage chez le jeune comme la vision, l'ouïe, le toucher (manipulation) et le mouvement.
- Enseigner les matières les plus ardues le matin. Dans le cas des jeunes sous médication, il est préférable de présenter les nouveaux concepts au moment où la médication procure un effet maximum, c'est-à-dire environ 45 minutes après la prise du médicament, donc tôt le matin et au retour du dîner.
- Alterner les activités où les jeunes doivent rester assis, où ils peuvent bouger, les activités individuelles et de groupe et les activités d'écoute et de participation. Ainsi, on varie l'intensité de l'attention demandée.
- Avant de commencer une leçon, clarifier le but. Il sera plus facile au jeune de maintenir son attention sur la tâche s'il sait où il s'en va. Sa compréhension sera aussi plus grande. Rendre l'apprentissage signifiant pour le jeune.
- Poser des questions fréquemment pour maintenir l'attention des élèves. En plus de ramener l'enfant sur le sujet, les questions l'amènent aussi à manipuler l'informaion et à meubler sa pensée sur le sujet. Ainsi, il risquera moins de penser à autre chose.
- Répéter souvent les informations les plus importantes et demander aux élèves de les répéter. De cette façon, on aide l'enfant à encoder l'information dans sa mémoire à long terme.
- Mettre l'accent verbalement sur les points importants qu'il faut prendre en note. On peut les écrire au tableau et mettre de la couleur sur les mots importants. On peut également demander aux élèves d'en faire autant dans leur cahier.
- Planifier de courts exposés magistraux entrecoupés de périodes d'exercices. Les exposés magistraux devraient porter sur l'essentiel et ne devraient par dépasser 5 minutes au primaire et 15 au secondaire. Il est préférable de faire plusieurs exposés de 5 à 10 minutes plutôt qu'un long de 30 minutes.

TABLEAU I

- Faire des pauses pendant l'exposé pour permettre aux élèves de prendre des notes, car certains jeunes n'arrivent pas à écouter et à prendre des notes simultanément (déficit de l'attention partagée).
- Utiliser des acétates électroniques qui permettent d'estomper les points vus au fur et à mesure. Cette méthode diminue les distractions et permet de centrer l'attention sur l'information pertinente (déficit de l'attention sélective).
- Permettre aux élèves d'enregistrer les cours ou les parties de cours pendant lesquels beaucoup de notions importantes sont abordées. C'est particulièrement important pour les jeunes ayant un déficit de l'attention partagée, qui fait en sorte qu'il leur est très difficile d'écouter et de prendre des notes simultanément. L'enregistrement leur évite de prendre des notes et ainsi de mieux se concentrer sur ce qui est dit en classe.
- Fixer des périodes de travail fréquentes, mais de courte durée. Étant donné que l'attention des jeunes ayant un TDAH est de courte durée, il est préférable de prévoir de fréquentes périodes de travail plutôt qu'une longue période.
- Diviser les longs projets en petites étapes et inciter les élèves à le faire eux-mêmes quand l'occasion se présente. Structurer les étapes dans le temps et utiliser une minuterie pourraient aider les élèves à se situer dans le temps.
- Utiliser les dernières périodes de la journée pour les révisions. Puisque l'attention diminue avec le temps, il est préférable d'aborder des sujets déjà connus en fin de journée et de garder la nouvelle matière en début de journée.
- Bien afficher l'horaire de la journée le matin et biffer au fur et à mesure ce qui est accompli.
- Adapter ou réduire la somme de travail pour ceux qui sont plus lents dans l'exécution. Favoriser alors la qualité plutôt que la quantité.
- En ce qui concerne la compréhension de lecture, quand l'objectif n'est pas de mesurer les compétences de décodage :
  - fournir des livres enregistrés ou des résumés de chapitres;
  - souligner les idées principales du texte et amener l'élève à le faire;
  - choisir des textes plus faciles ou plus courts, mais sur le même sujet.
- Prévoir du tutorat par un enseignant ou un élève plus avancé pour soutenir l'élève dans ses apprentissages et l'aider à organiser son travail et son étude.
- Prévoir des périodes d'études supervisées au cours desquelles les élèves reçoivent de l'aide pour leurs apprentissages de même que pour leurs techniques d'études. Il est important de ne pas présenter cette mesure comme punitive, mais bien comme un privilège.
- Offrir un soutien en orthopédagogie pour récupérer les notions manquées, pour renforcer les méthodes de travail enseignées et pour soutenir les parents quant au type d'aide à apporter à la maison. Il est important que les parents soient au courant de ce qui est attendu de leur enfant pour mieux orienter leurs actions.
- Pour les enfants âgés de 8 ans et moins, il faut miser davantage sur l'établissement de routines et l'acquisition d'habitudes de travail que sur les interventions métacognitives (conscience de sa façon d'apprendre et choix des stratégies selon le contexte), car ces habiletés ne sont pas encore développées.
- Miser sur la répétition et les nombreux exercices pour que les jeunes assimilent les méthodes de travail.
- On peut augmenter la vitesse de présentation de l'information pour garder l'élève ayant un TDAH en éveil. Il faut toutefois faire attention à la surstimulation, qui l'amènerait à s'exciter et à perdre la maîtrise de soi.
- Utiliser des techniques de drill : répétitions en groupe des notions à apprendre par cœur comme les tables de multiplication ou les règles de grammaire. Il est important de vérifier si l'élève participe vraiment et s'il ne fait pas semblant de répéter comme les autres.
- Utiliser des techniques d'apprentissage accidentelles. L'enseignant révise verbalement des notions déjà présentées alors que les élèves sont affairés à une autre tâche. L'attention accidentelle fait en sorte que les élèves enregistrent de façon fortuite cette information.

TABLEAU – J

Exemples d'adaptations possibles pour favoriser une bonne évaluation des apprentissages

(L'objectif poursuivi est l'équité, plus que l'égalité.)

- Enseigner les méthodes de préparation aux évaluations et les répéter fréquemment.
- Donner plus de temps pour réaliser la tâche demandée.
- Permettre à l'élève de passer l'examen dans un endroit libre de distractions.
- Lire les questions quand la lecture ne fait pas l'objet de l'évaluation.
- Permettre de courtes pauses pendant les longs examens.
- Faire plusieurs courtes évaluations plutôt qu'une seule longue.
- Permettre l'utilisation du traitement de texte.
- Permettre l'usage des technologies de l'information lors d'évaluations.
- Pour les évaluations à réponses élaborées, où la compréhension est mesurée plutôt que les connaissances, permettre la consultation des livres et des manuels d'apprentissage ainsi que les notes personnelles.
- Utiliser des caractères surdimensionnés, souligner les mots importants ou les mettre en caractères gras. On peut même se limiter à une ou deux questions par page et remettre à l'élève une page à la fois.
- Permettre l'utilisation de crayons de couleur.
- Éviter les évaluations ou les tâches basées sur la rapidité, dans lesquelles ces jeunes ne peuvent se mettre en valeur.
- Sélectionner les questions pour lesquelles le jeune a plus de facilité et les placer au début afin qu'il reste motivé. Souvent, les jeunes ayant un TDAH n'arrivent pas à distinguer par eux-mêmes les questions faciles des questions difficiles. Il est alors favorable de le faire pour eux.

11. GESTION DES DEVOIRS

La période des devoirs et leçons constitue souvent un moment critique pour les jeunes ayant un TDAH. Il est toutefois possible d'apporter certaines modifications pour que cette période se déroule mieux pour toutes les personnes concernées (enseignant, parent, élève). Si les devoirs sont moins irritants, la motivation de l'élève envers les travaux scolaires est plus grande et son rendement sera meilleur, car les devoirs seront faits. Parfois, il vaut mieux que l'élève ne termine pas tous ses devoirs et s'assurer qu'il a bien compris le travail qu'il a fait.

TABLEAU – K

Exemples de mesures favorisant la gestion et l'exécution des devoirs

- Pour ne pas surcharger le jeune de travail, diviser les devoirs en mini-devoirs et offrir un renforcement chaque fois que l'élève en a terminé un. L'aider à diviser lui-même ses devoirs en petites étapes.
- Développer l'habitude de noter ce qu'il y a à faire sur une feuille prévue à cette fin ou dans un agenda.
- Favoriser les plans de travail à la semaine plutôt que les devoirs à la journée. Les parents peuvent alors planifier la semaine et prendre de l'avance quand c'est possible.
- Donner une feuille de vérification du matériel à apporter à la maison. Le jeune coche à mesure que le matériel est dans son sac.
- Il peut y avoir un parrainage avec un autre élève qui vérifie si l'information est complète dans l'agenda et si le matériel est dans le sac.
- Limiter le nombre de devoirs et leur durée en fonction de l'âge et du degré de développement de l'élève.
- Faciliter la gestion du matériel en faisant en sorte que ce soit toujours le même matériel que l'on apporte à la maison.
- Prévoir du temps à la fin de l'après-midi pour l'organisation des devoirs.
- Donner quand même des points pour un devoir remis en retard. La limite pourrait être de 60 ou de 70 %, mais cela encouragerait le jeune à les faire plutôt qu'à laisser tomber parce qu'il ne les a pas remis à temps.
- Donner des points pour le contenu plutôt que pour la présentation ou l'orthographe.
- Fournir du matériel pour la maison.
- Informer les parents de l'échéance des travaux et des dates d'examens.
- Vérifier régulièrement les travaux de l'élève pour éviter qu'il ne prenne trop de retard et se décourage.
- Trouver un moyen efficace pour communiquer avec l'adulte qui encadre les devoirs à la maison afin qu'il obtienne l'information nécessaire. Éviter que l'agenda devienne le compte rendu des manquements de l'enfant. L'agenda doit être perçu comme un outil de travail et non comme un rappel constant de ses échecs.

12. GESTION DE LA CLASSE

Certaines façons de faire favorisent la gestion de classe lorsqu'on y trouve un ou plusieurs élèves présentant un TDAH. Ces moyens que l'on met en place facilitent l'encadrement de l'enfant dans la classe et s'intègrent bien dans le fonctionnement habituel des autres élèves.

Il est important de comprendre que l'encadrement ou le système de motivation qui fonctionne pour la majorité des élèves de la classe n'est habituellement pas suffisant pour l'élève présentant un TDAH. Pour la majorité d'entre eux, il faut mettre en place un système mieux adapté à leurs besoins et à leurs caractéristiques propres, tout en leur permettant de participer au système commun à tous.

Diverses façons de faciliter la gestion de la classe et de limiter les accrocs peuvent être utilisés par les intervenants scolaires :

- Mettre en évidence, par une aide visuelle, l'horaire de la journée de même que celui de la semaine. Bon nombre d'enfants ayant un TDAH ont des difficultés à se situer dans le temps. En affichant les horaires quotidien et hebdomadaire, on leur permet de mieux se situer dans la séquence des événements tout en leur donnant un moyen de se préparer à ce qui vient. Il est important de faire fréquemment référence à ces horaires afin que les élèves apprennent à les utiliser. Ces horaires très visibles dans la classe facilitent l'intégration des routines tout en limitant les répétitions. Ils pourront aussi être des éléments de motivation, car les élèves voient la progression et les tâches accomplies tout au long de la journée et de la semaine. Les horaires planifiés ont comme avantage de préparer les élèves aux événements futurs, ce qui évite les désorganisations que les surprises peuvent provoquer.

- Afficher les règles de vie de la classe de même que les conséquences associées à un manquement relativement à ces règles. Il est préférable de n'imposer que quelques règles importantes à suivre en classe (5 tout au plus) afin que la gestion en soit facilité. En fait, il vaut mieux un minimum de règles sur lesquelles on intervient avec constance qu'un maximum de règles sur lesquelles on a de la difficulté à intervenir à cause de leur nombre. En affichant les conséquences dans la classe, on évite l'argumentation et on aide le jeune à mieux anticiper les conséquences de ses actes (développement de l'autocontrôle).
- Prévoir une mesure de retrait volontaire, accessible à tous et sous la supervision des professeurs. Cette mesure peut être la sélection d'un coin dans la classe ou dans le corridor où tout élève qui en ressent le besoin et a l'autorisation de l'enseignant peut se retirer pour reprendre le contrôle de lui-même. Elle est présentée non pas comme une punition, mais comme un moyen positif facultatif pour éviter les désagréments de la punition éventuelle. C'est un moyen que l'on met à la disposition de l'élève afin qu'il reprenne le contrôle sur lui-même avant d'atteindre le point où il reçoit une conséquence. On peut donc inciter les jeunes à utiliser de telles mesures, mais on ne peut les y obliger.
- Mettre en place un système de motivation individuel. Il arrive souvent que l'élève présentant un TDAH ne réponde pas au système de motivation général de la classe, car les exigences, communes à tous les élèves, sont parfois trop élevées ou les récompenses qui y sont associées ne sont pas assez motivantes pour lui. Par conséquent, il arrive rarement à obtenir les récompenses. Mettre en place un système centré sur ses capacités lui permet de viser un objectif à la fois et d'obtenir des récompenses quand il atteint le seuil fixé. Sa motivation à modifier son comportement augmente avec les succès.
- Prévoir une mesure punitive pour les arrêts d'agir obligatoires. Quand le jeune commence à se désorganiser, il arrive qu'on puisse rectifier la situation dès les signes précurseurs. Mais il arrive aussi qu'on n'y parvienne pas. Il faut donc utiliser un arrêt d'agir, c'est-à-dire obliger le jeune à s'arrêter afin de se maîtriser. Cette mesure d'urgence peut se concrétiser par une entente avec un adulte pour que le jeune sorte de la classe afin de reprendre le contrôle sur lui-même dans une pièce prévue à cette fin. Ce peut être aussi une sortie dans le corridor quelques minutes, le temps que le jeune se calme. Peu importe le moyen utilisé, il est important de ne pas agir devant un auditoire, car le jeune peut se sentir humilié et malheureux d'attirer l'attention des autres sur lui. Il faut enfin s'assurer que l'élève visé n'utilise pas cette mesure à son avantage afin de se prévaloir de privilèges indus.
- Évaluer quotidiennement les aspects positifs du comportement de l'enfant. L'enfant qui présente un TDAH a besoin de rétroactions positives fréquentes et constantes pour maintenir sa motivation et pour savoir s'il agit bien ou non. Pour répondre à ce besoin, on peut utiliser, par exemple, une grille hebdomadaire ou des renforçateurs concrets (collants, estampes, etc.) qui font état de ce qui est attendu de l'enfant et de sa façon de s'y conformer. Ces évaluations quotidiennes peuvent, selon le cas, être associées à des récompenses.

13. ÉVITER L'ÉPUISEMENT

Intervenir auprès des élèves présentant un TDAH demande beaucoup d'énergie en raison de la constance et de la fréquence des interventions à mettre en place. L'enseignant, avec les parents et les intervenants en milieu de garde, risquent de s'épuiser s'ils ne font pas attention à se protéger. En fait, toutes ces personnes ont le devoir de se protéger, car l'enfant a besoin, pour se développer, de leur constance.

Des moyens aidant l'enseignant à se protéger et à prendre soin de lui sont présentés ci-dessous.

- Briser la solitude. Il faut parler de son vécu avec une personne en qui l'on a confiance et qui connaît la problématique de l'hyperactivité. Ces échanges doivent se faire dans un endroit où la confidentialité de l'enfant est respectée. Le salon du personnel n'est certainement pas l'endroit idéal, car la confidentialité y est difficile à respecter.
- S'assurer de l'appui des parents et de tous les intervenants en contact avec l'élève. En faisant équipe avec les autres personnes entourant l'élève, la responsabilité de l'intervention est assumée par plusieurs personnes; ainsi, la charge est moins lourde à porter pour l'enseignant.

- Bien se renseigner sur l'enfant en début d'année. Il est préférable d'en savoir le plus possible sur ce qui a été tenté par le passé et sur les interventions efficaces et inefficaces relativement au jeune. Ainsi, on amorce l'année du bon pied et on favorise l'adaptation de l'élève à la classe.
- Connaître ses limites et ne pas avoir peur de demander de l'aide s'il le faut. Il ne faut prendre la responsabilité que des choses sur lesquelles on a du pouvoir et fixer des limites pour les autres choses.
- S'assurer d'avoir, en dehors du travail, des sources de satisfaction qui permettent de faire le plein.

14. PLAN D'INTERVENTION ET ÉVALUATION

Le plan d'intervention est l'outil par excellence pour bien coordonner l'intervention auprès des élèves en milieu scolaire. Il permet de situer l'élève au regard de ses forces et de ses difficultés, de déterminer des objectifs à poursuivre, de mettre en place des interventions concertées entre les différents milieux de vie de l'élève et de prévoir une évaluation de l'efficacité des actions entreprises.

Pour l'élève soupçonné de présenter un TDAH, certaines actions doivent être menées dans le cadre de l'établissement d'un plan d'intervention :

- une évaluation multidisciplinaire a été effectuée et un diagnostic a été confirmé;
- une période d'observation en classe a été réalisée et des comportements à corriger ou des objectifs à atteindre ont été ciblés;
- l'élève s'est autoévalué; il est conscient de ses difficultés et reconnaît qu'il a des progrès à faire. Il reconnaît qu'il peut contrôler son comportement dans une certaine mesure.

Le plan d'intervention favorise la concertation entre les intervenants travaillant auprès de l'élève, ce qui assure la cohérence et la complémentarité des interventions. De plus, tout au long de la démarche du plan d'intervention, différents éléments peuvent être mis à profit et certains aspects de l'intervention peuvent être développés pour assurer le succès de cette démarche.

- Le plan d'intervention suscite la motivation des parents en les déculpabilisant et les place en position d'aide en définissant concrètement leur rôle dans l'intervention.
- Les parents se rendent disponibles et ouverts à la communication avec les intervenants de l'école. Un moyen de communication qui ne passe pas par l'intermédiaire de l'élève est établi.
- Un consensus entre les intervenants se fait sur les objectifs à atteindre, les comportements à cibler et les moyens d'intervention concrets privilégiés. Le rôle de chacun est précisé ainsi que les actions concrètes à poser. Le consensus permet d'augmenter la motivation à poursuivre, malgré les obstacles rencontrés. Tous doivent s'engager à assumer leur rôle et à ne pas abandonner la démarche dès la première difficulté. Ils doivent persévérer jusqu'à la rencontre suivante, fixée à l'avance.
- Le plan d'intervention prévoit un système d'encadrement constant et connu de l'élève.
- Les intervenants conviennent de moyens pour encourager et encadrer l'élève par des rétroactions fréquentes et des conséquences immédiates, positives ou négatives, ayant un lien logique avec l'action posée.
- Une gradation des renforcements ou des conséquences est prévue.
- Des récompenses à court terme qui font connaître au jeune du succès sont déterminées (ex. : être inscrit au tableau d'honneur, rendre de petits services à l'enseignant, recevoir un billet d'éloge qui sera envoyé aux parents, échanger des points contre un privilège quelconque, faire un mini-stage dans l'école, etc.).
- Plus de récompenses que de conséquences sont utilisées afin d'entretenir l'espoir du jeune et l'aider à aimer l'école.
- Des retours ou évaluations périodiques et régulières avec le jeune sont prévus afin d'évaluer son évolution et de s'assurer qu'il se sente responsable de ses progrès.

- Les intervenants mettent en œuvre des moyens qui permettent au jeune de développer une relation significative avec un adulte de l'école envers qui il peut se tourner s'il ressent le besoin.
- Un accompagnement et un soutien destinés à l'enseignant pour l'établissement de l'encadrement de l'élève sont prévus.
- Une personne coordonne l'ensemble des interventions. Elle centralise l'information sur l'évolution du jeune et convoque au besoin les rencontres subséquentes.
- Une adaptation de l'enseignement et/ou de la gestion de la classe est envisagée, s'il y a lieu.

Si le jeune prend de la médication pour contrôler sont TDAH, le plan d'intervention peut être un élément important, car il permet de :

- S'assurer que le jeune et ses parents en comprennent bien la pertinence comme moyen pour soutenir les capacités d'autocontrôle du jeune et qu'ils sont d'accord avec cette mesure;
- Établir une procédure qui indique les lieux, les moments et les personnes responsables relativement à la prise de médicaments.

Le plan d'intervention est essentiel pour la coordination des services scolaires offerts à l'élève en difficulté. Pour qu'il soit d'une efficacité maximale, il nécessite la collaboration de toutes les personnes engagées auprès du jeune ainsi que du jeune lui-même, car il est le premier concerné. Son engagement est primordial et le fait de l'intégrer dans la procédure favorise sa coopération. Le jeune a alors le sentiment qu'il a un pouvoir dans la démarche et que celle-ci ne lui est pas imposée sans son avis ni sa contribution (le personnel scolaire est invité à consulter le document *Le plan d'intervention… au service de la réussite de l'élève* dont la publication suivra celle du présent document).

15. PROCÉDURE D'ENCADREMENT DES MANQUEMENTS MAJEURS

La procédure adoptée par certaines écoles prévoit la séquence des interventions pour l'encadrement des manquements majeurs. Cette procédure est un outil de deuxième ligne qui ne remplace pas l'encadrement habituel de la classe.

Ces manquements majeurs peuvent se présenter sous deux formes : les comportements de l'élève perturbant le bon déroulement de la classe malgré la séquence des interventions et les mesures de gestion habituelles, ou les comportements allant à l'encontre des règles jugées comme incontournables par l'école. Ces règles incontournables concernent, pour la majorité des écoles, le respect des autres et de l'autorité en paroles et en gestes.

L'élève moyen répond bien à la procédure habituelle en vigueur à l'école. Ce n'est généralement pas le cas pour les élèves ayant un TDAH. La nature de leur trouble fait en sorte qu'ils passent souvent très rapidement par toutes les étapes de la procédure, se rendant, pour certains, à la suspension après seulement un temps limité de fréquentation. Il pourrait être pertinent d'apporter des modifications à la gradation habituelle des interventions afin que le jeune reçoive des conséquences efficaces dans son cas tout en favorisant sa fréquentation scolaire.

RÉFÉRENCES : INTERVENTIONS DANS LE MILIEU SCOLAIRE

BARKLEY, R. A. *Dix-huit façons de rendre un système de jetons plus efficace avec les TDAH*, traduit par C. Robitaille, *ADHD Report*, New York, vol. 4, n° 4, 1996.

BILODEAU, R., et C. PARIS. *Modèle d'intervention et de soutien auprès des élèves présentant un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité à l'école secondaire*, École secondaire Joseph-Hermas-Leclerc, 2000.

DESJARDINS, C., M. GROULX, et S. LAVIGUEUR. *Pour mieux intervenir : Protocole d'intervention pour le trouble : déficit de l'attention/hyperactivité*, Montréal, CFORP, 1999.

FLICK, G. L. *ADD/ADHD : Behavior-Change Resource Kit*, The Center for Applied Research in Education, 1998.

GOUDREAU, R. TDAH : *Moyens d'intervention en milieu scolaire*, document de formation, Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, 2000.

INSTITUT CHESAPEAKE. *Comment enseigner aux élèves présentant des troubles de l'attention accompagnés d'hyperactivité*, École et comportement, traduction d'Isabelle Tremblay et adaptation d'Égide Royer, Québec, 1994.

MASSÉ, L. *Intervenir auprès d'élèves du primaire présentant un déficit d'attention/hyperactivité : un tableau des interventions les plus efficaces*, atelier de formation lors du Colloque de l'AQPS, Trois-Rivières, novembre 2001.

INTERVENTION

Interventions dans les autres milieux de vie

Le jeune qui présente un TDAH ne vit pas qu'à l'école ou à la maison. Il évolue ou peut évoluer dans d'autres milieux comme les milieux de garde ou des sports et loisirs. Il va sans dire que sans l'établissement de conditions favorables ou la mise en œuvre d'interventions, l'intégration de ce jeune dans ces milieux peut être difficile. C'est pourquoi il est important d'inclure ces milieux dans les cibles d'intervention afin que le jeune puisse participer à des loisirs ou à des sports et évoluer adéquatement dans un milieu de garde.

L'un des moyens utilisés dans le milieu scolaire et familial est le système d'émulation. Or, ce moyen peut aussi être efficace dans les milieux de garde et dans les sports et loisirs. Il suffit de l'adapter selon la situation.

1. Estime de soi et socialisation

L'estime de soi et la socialisation sont souvent très fragiles chez les enfants présentant un TDAH. Ces milieux de vie sont des milieux qui peuvent être privilégiés pour agir sur ces aspects. Il est même primordial, surtout dans le milieu des sports et loisirs, que ces jeunes connaissent du succès. Pour ce faire, il est recommandé que les réprimandes suivent la règle du 2 pour 1, c'est-à-dire 2 encouragements pour 1 réprimande. Le milieu scolaire, par les règles à suivre et l'autocontrôle que cela demande, est souvent un milieu dans lequel le jeune subit beaucoup de contraintes et d'échecs. Il a donc besoin de contrebalancer ce milieu par d'autres expériences plus positives. C'est dans les loisirs et les sports de même que dans le milieu de garde qu'il peut avoir la possibilité de vivre ces expériences.

On peut améliorer l'estime de soi en :

- soulignant au jeune sa bonne conduite, soit par des encouragements verbaux ou non verbaux (jetons, points, collants, etc.). Plus les encouragements sont nombreux, plus le jeune s'appropriera les réussites;
- déterminant et en utilisant des moyens d'encouragement envers lesquels le jeune est sensible. Il arrive que certains jeunes soient mal à l'aise avec les encouragements. Il faut donc trouver un autre moyen pour leur indiquer notre appréciation;
- exploitant les situations dans lesquelles le jeune connaît du succès et peut montrer ses talents aux autres;
- faisant un retour avec lui sur les événements positifs de la journée ou de la période afin qu'il termine la journée sur une note positive;
- ne ciblant qu'un petit nombre d'objectifs avec le jeune. Ainsi, l'atteinte de ces objectifs sera plus facile et le jeune aura plus de succès.

La socialisation est aussi un aspect sur lequel ces enfants doivent travailler, et ce, dans tous ses milieux de vie. Le milieu de garde et les sports et loisirs permettent souvent de travailler cet aspect, car le jeune y subit moins d'échecs, et est donc moins sur la défensive. Ce sont des milieux où il est plus facile d'introduire les comportements sociaux adéquats pouvant l'amener à suivre les modèles de ses pairs.

On peut aider le jeune à améliorer ses habiletés sociales en :

- discutant avec lui, dans des situations neutres et non pas à la suite d'une situation négative où il été pris en défaut, des comportements sociaux favorisant les interactions positives avec les autres. On peut amener le jeune à réfléchir sur sa façon de se comporter et sur les modifications qu'il pourrait y apporter;
- revenant avec lui sur une situation conflictuelle avec un pair. Il est préférable de garder une position objective et neutre pour amener le jeune à réaliser ce qu'il a fait et comprendre comment il aurait pu réagir autrement;
- favorisant les rencontres à deux plutôt qu'à plusieurs. Les risques de conflits sont diminués et l'agitation due à la stimulation de plusieurs jeunes se trouvant ensemble est plus facile à contrôler. Ainsi, le jeune sera plus en mesure de mettre en application ce qu'on lui aura appris;
- faisant attention à jumeler les jeunes selon la compatibilité de leur caractère. Certains jeunes plus calmes de nature ne réagiront pas autant aux comportements impulsifs de l'enfant hyperactif;
- pratiquant les comportements acceptables dans un contexte neutre.

2. INTERVENTIONS DANS LES MILIEUX DE GARDE

Avant l'âge de 5 ans, le milieu de garde ou le centre de la petite enfance est l'endroit où l'enfant passe la majorité de son temps, après le milieu familial. Ce peut être un endroit propice pour mettre en place des interventions pouvant aider l'enfant avant un TDAH à mieux gérer son comportement. Il faut noter qu'à cet âge ce sont davantage les comportements hyperactifs et impulsifs qui sont observés. Par conséquent, les interventions sont souvent centrées sur ces comportements.

Après l'âge de 5 ans, la majorité d'entre eux continuent tout de même à fréquenter un milieu de garde. Il est important d'inclure le milieu de garde dans l'intervention, car ce que l'enfant y vit peut avoir une incidence sur son comportement et son attitude à l'école et à la maison.

Les interventions ont pour but d'encadrer le comportement de l'enfant et de lui permettre de vivre des expériences agréables dans ses relations avec ses pairs et les adultes en autorité par la répétition de comportement plus acceptables. Les interventions les plus efficaces amènent le jeune à acquérir une certaine maîtrise de son comportement tout en favorisant un environnement adéquat, ce qui limite les situations conflictuelles. Le jeune qui présente un TDAH est sensible à son environnement. Moins cet environnement fournira un encadrement stable, plus il aura tendance à se désorganiser. Il a besoin d'un cadre extérieur qui lui permette de prendre conscience de ses mauvais choix de comportements, de s'arrêter quand il perd le contrôle sur lui-même et de se préparer aux transitions et aux événements qui sortent de la routine.

Le milieu de garde peut aussi participer aux interventions mises en place pour aider le jeune inattentif en intégrant les mesures en place dans le milieu familial et scolaire. Le milieu de garde peut agir sur le plan de la désorganisation de même que des comportements associés à l'inattention.

TABLEAU – C

Exemples d'interventions visant à améliorer l'organisation et à limiter l'inattention

- S'assurer de la compréhension des consignes en :
  - demandant son regard;
  - changeant le ton de sa voix, en frappant dans les mains ou sur le tableau, en mettant le doigt sur la bouche;
  - nommant son nom avant de donner la consigne;
  - utilisant des consignes courtes, claires et allant droit au but;
  - évitant de donner plus d'une consigne à la fois;
  - utilisant un support visuel qui rappelle les consignes;
  - répétant la consigne après 5 minutes;
  - donnant des exemples de ce qu'on attend;
  - organisant les directives dans un ordre logique;
  - utilisant le jeune comme exemple;
  - faisant répéter la consigne par le jeune.
- Utiliser un code non verbal permettant d'indiquer au jeune qu'il n'est pas attentif. Par exemple, l'intervenant peut déterminer avec le jeune que lorsqu'il lui met la main sur l'épaule, c'est pour lui dire qu'il doit sortir de la lune. Un autre code non verbal pourrait servir à l'encourager à continuer, à lui dire qu'il fournit un bel effort. Ces codes non verbaux ne sont connus que du jeune et de l'intervenant et évitent d'attirer constamment l'attention des autres sur le jeune en question.
- Si le jeune fait ses devoirs dans son milieu de garde, utiliser un isoloir portatif en carton que l'enfant peut placer sur son bureau. L'isoloir limite les distractions visuelles et aide le jeune qui l'utilise à rester plus facilement centré sur son travail, et ce, pour une plus longue période de temps. Placer l'enfant loin de la porte et de la fenêtre, placer des élèves calmes à côté de lui et l'aider à libérer sa place d'objets inutiles sont tous des moyens pouvant l'aider à se concentrer sur ses devoirs.

TABLEAU C

- Souligner les moments d'attention par un renforçateur concret. Donner à l'enfant, des jetons ou des récompenses lorsqu'il est à son travail le motive et l'aide à reconnaître les moments où il répond aux exigences.
- Mettre en évidence des pictogrammes (arrêter, regarder, écouter) qui montrent aux enfants comment se rendre réceptifs quand vient le temps d'écouter des explications. L'intervenant peut y faire référence lorsqu'il est temps d'avoir l'attention des enfants.
- Mettre une douce musique de fond pendant certaines activités ou périodes de temps aide à maintenir une ambiance paisible et favorise le calme.
- Permettre l'utilisation d'un baladeur lors des travaux personnels comme les devoirs. La musique masque les distractions auditives. Les écouteurs seuls peuvent aussi assourdir les bruits environnants et faciliter l'attention.
- Organiser le matériel selon un code de couleurs ou d'animaux facilitant le rangement. Ainsi, le jeune plus désorganisé saura où replacer le matériel.
- Prévoir un panier pour ranger ses effets personnels (souliers, boîte à lunch, accessoires, etc.).
- Établir des routines du matin, du midi et du soir et les rendre visibles par des pictogrammes inscrits sur des cartons et placés à des endroits stratégiques.
- Utiliser des listes de vérification sur lesquelles le jeune coche les tâches terminées.

TABLEAU – D

Exemples de moyens d'intervention visant à limiter l'agitation et l'impulsivité

- Prévoir des moments où le jeune peut se dépenser sans trop déranger. Des périodes de jeux libres à l'extérieur ou au gymnase avant l'entrée en classe le matin, le midi et le soir après la classe permettent au jeune de dépenser l'énergie accumulée en raison du fait qu'il est resté assis pendant une longue période de temps.
- Éviter les retraits des périodes de jeux. Il est préférable de trouver une autre conséquence, car ces enfants ont besoin de cette période pour se dépenser.
- Aider le jeune à prendre conscience de son envie de bouger. On peut, à sa demande, lui permettre de travailler debout ou dans un autre endroit, quand cela est possible.
- Réduire à l'essentiel les règles à suivre et les formuler de façon claire. Il est préférable de les rendre accessibles visuellement. Les illustrer par des pictogrammes ou par des photographies montrant les enfants en train de suivre lesdites règles est une façon concrète de les représenter.
- Prévoir des conséquences positives et négatives associées à ces règles. Ces conséquences peuvent être illustrées de la même façon que les règles.
- Intervenir tôt, dès les premiers signes d'une désorganisation. On peut faire de même lorsqu'on observe les signes précurseurs de comportements positifs attendus en renforçant ce comportement immédiatement.
- Prévoir et planifier toutes les situations critiques pour le jeune, comme les transitions vers un autre local, les périodes libres ou les activités spéciales. On annonce ce qui s'en vient et ce qu'on attend clairement des jeunes, en particulier ceux qui ont de la difficulté à maîtriser leur impulsivité. Pour faciliter ces situations, on peut annoncer à ces jeunes un privilège auquel ils auront accès s'ils se comportent de la façon attendue.
- Planifier les transitions :
  - en établissant des règles claires;
  - en revoyant avec les enfants les comportements attendus jusqu'à ce que la routine soit établie;
  - en supervisant étroitement les jeunes qui se désorganisent facilement;
  - par des rétroactions fréquentes quand ces jeunes se comportent bien;
  - en précisant le temps limite pour la transition.

TABLEAU D

- Il est fortement recommandé que les transitions soient les plus courtes possible. Les jeunes risquent alors moins de se désorganiser.
- Prévoir avec l'enfant une marche à suivre quand il sent monter la colère. Cette démarche peut être affichée dans le local ou dans un coin où les enfants pourraient se retirer pour reprendre leur calme. Ainsi, les autres jeunes peuvent servir de modèles et inciter le jeune à utiliser cette façon de faire. Encourager ces retraits volontaires.
- Aider le jeune à développer l'habileté de s'arrêter et de réfléchir devant une situation problématique. Cette habileté se développe en rappelant une conséquence désagréable imposée antérieurement dans une situation semblable.
- Imposer des conséquences immédiates et automatiques lorsqu'une règle considérée comme prioritaire n'est pas respectée.
- Utiliser les temps d'arrêts (time-out) pour éviter les escalades négatives. On envoie alors l'enfant ou les enfants en cause dans un endroit relativement isolé mais tout de même à la vue de l'adulte en autorité, afin qu'il retrouve son calme. Il faut par la suite revenir sur la situation avec les principaux intéressés pour leur indiquer une façon plus adéquate de réagir. Les conseils de coopération (moyen de gérer les conflits qui amène les jeunes ciblés par une situation problématique à exprimer leurs sentiments à l'égard de la situation, à présenter leurs excuses et à trouver une meilleure façon d'agir, le tout sous la supervision de l'intervenant) peuvent être utiles, mais tous les enfants ne répondent pas bien au fait de régler leurs problèmes devant le groupe. Il faut respecter ce fait et prévoir des rencontres en petit groupe avec les élèves en cause.
- Utiliser des codes non verbaux qui rappellent le jeune à l'ordre de façon discrète. Cette façon de faire évite d'attirer inutilement l'attention des autres sur lui et permet une certaine complicité entre lui et son intervenant. D'autres codes non verbaux peuvent être prévus pour encourager le jeune à poursuivre ses efforts. Souligner les bons comportements à l'aide de renforçateurs concrets (collants, estampes, jetons, argent scolaire, bâtons de « bonbons glacés ») aide le jeune à prendre conscience de ses bons coups. On peut aussi lui permettre d'échanger ses renforçateurs contre des privilèges prévus à l'avance.

3. INTERVENTIONS DANS LE MILIEU DES SPORTS ET DES LOISIRS

Le milieu des sports et des loisirs est un milieu par excellence pour favoriser le développement de l'estime de soi. La plupart des jeunes s'y trouvent par choix, et y connaissent du succès, car ils se sont découverts un talent particulier pour ce domaine. Avant que le jeune trouve une activité dans laquelle il se sent compétent, il lui aura probablement fallu en avoir essayé plusieurs différentes. Lorsque l'activité ne répond pas à ce besoin de valorisation, le jeune n'y reste généralement pas plus qu'une session. Dans ce cas, il est souhaitable d'amener le jeune à choisir une autre activité jusqu'à ce qu'il en ait trouvé une à son goût et dans laquelle il peut se valoriser.

Il est important de réaliser que même s'il est habile dans une activité particulière, il est possible que le jeune qui présente un TDAH ait besoin d'un encadrement particulier pour s'assurer de continuer à bien fonctionner. En effet, afin que l'activité se déroule adéquatement et que le jeune puisse y exploiter un talent particulier, on doit mettre en place certaines interventions. Ces milieux, de même que les intervenants qui y travaillent, peuvent être mis à contribution dans la planification de l'intervention.

Bien que plusieurs études montrent les difficultés qu'éprouvent les jeunes présentant le TDAH à s'intégrer positivement au sein d'activités sportives, le comportement et, surtout, l'estime de soi de ces derniers peuvent s'améliorer grandement à la suite des succès remportés. Johnson et Rosén (2000) ont d'ailleurs mis en évidence le fait que les sports et les activités physiques individuelles présentent un meilleur potentiel de réussite que les sports d'équipe pour les jeunes présentant le TDAH. La participation à ce type d'activités devrait donc être favorisée.

TABLEAU – E

Exemples de moyens d'intervention visant à diminuer la désorganisation et l'inattention

Il faut choisir ces moyens d'intervention selon les caractéristiques de l'enfant.

- S'assurer de la compréhension des consignes en :
  - demandant son regard;
  - changeant le ton de sa voix, en frappant dans les mains, en mettant le doigt sur la bouche;
  - nommant son nom avant de donner la consigne;
  - utilisant des consignes courtes, claires et allant droit au but;
  - évitant de donner plus d'une consigne à la fois;
  - utilisant un support visuel qui rappelle les consignes;
  - répétant la consignes après 5 minutes;
  - donnant des exemples de ce qu'on attend;
  - organisant les directives dans un ordre logique;
  - utilisant le jeune comme exemple;
  - faisant répéter la consigne par le jeune.
- Utiliser un code non verbal permettant d'indiquer au jeune qu'il n'est pas attentif. Par exemple, l'intervenant peut déterminer avec le jeune que lorsqu'il lui met la main sur l'épaule, c'est pour lui dire qu'il doit sortir de la lune. Un autre code non verbal pourrait servir à l'encourager à continuer, à lui dire qu'il fournit un bel effort. Ces codes non verbaux ne sont connus que du jeune et de l'intervenant et évitent d'attirer constamment l'attention des autres sur le jeune en question.
- Souligner les moments d'attention par un renforçateur concret. Donner à l'enfant des jetons ou des récompenses lorsqu'il est à son affaire le motive et l'aide à reconnaître les moments où il répond aux exigences.
- Mettre en évidence des pictogrammes (arrêter, regarder, écouter) qui montrent aux enfants comment se rendre réceptifs quand vient le temps d'écouter des explications. L'intervenant peut y faire référence lorsqu'il est temps d'avoir l'attention des enfants.
- Mettre une douce musique de fond pendant certaines activités ou périodes de temps aide à maintenir une ambiance paisible et favorise le calme.

TABLEAU – F

Exemples de moyens d'intervention visant à limiter l'agitation et l'impulsivité et favorisant un encadrement adéquat

- Aider le jeune à prendre conscience de son envie de bouger. On peut, à sa demande, lui permettre de travailler debout ou dans un autre endroit, quand cela est possible ou bien le mettre à contribution lorsqu'il y a du matériel à sortir et à passer aux autres.
- Ne pas faire attendre le jeune trop longtemps. Formuler des explications brèves et lui permettre de faire l'activité dans les trois premiers, s'il y a un ordre pour la faire.
- Réduire à l'essentiel les règles à suivre et les formuler de façon claire. Il est préférable de les rendre accessibles visuellement. Les illustrer par des pictogrammes ou par des photographies montrant les enfants en train de les suivre est une façon concrète de les représenter. Répéter ces règles de fonctionnement fréquemment et demander aux jeunes de vous les expliquer aident à leur intégration.
- Prévoir des conséquences positives et négatives relativement à ces règles. Ces conséquences peuvent être illustrées de la même façon que les règles.

TABLEAU F

- Intervenir tôt, dès les premiers signes d'une désorganisation. On peut aussi faire de même lorsqu'on observe les signes précurseurs de comportements positifs attendus en renforçant ce comportement immédiatement.
- Prévoir et planifier toutes les situations critiques pour le jeune comme les transitions vers un autre local, les périodes d'exercices libres ou les activités spéciales. On annonce ce qui s'en vient et ce qu'on attend clairement des jeunes, en particulier ceux qui ont de la difficulté à maîtriser leur impulsivité. Pour faciliter ces situations, on peut annoncer à ces jeunes un privilège auquel ils auront accès s'ils se comportent de la façon attendue.
- Planifier les transitions :
  - en établissant des règles claires;
  - en revoyant avec les enfants les comportements attendus jusqu'à ce que la routine soit établie;
  - en supervisant étroitement les jeunes qui se désorganisent facilement;
  - par des « rétroactions » fréquentes quand ces jeunes se comportent bien;
  - en précisant le temps limite pour la transition.
- Il est fortement recommandé que les transitions soient les plus courtes possible. Les jeunes risquent alors moins de se désorganiser.
- Prévoir avec l'enfant une marche à suivre quand il sent monter la colère. Cette démarche peut être affichée dans le local ou dans un coin où les enfants pourraient se retirer pour reprendre leur calme, quand cela est possible. Ainsi, les autres jeunes peuvent servir de modèles et inciter le jeune à utiliser cette façon de faire. Encourager ces retraits volontaires. Pour les activités extérieures, on peut s'entendre avec l'enfant sur une façon de se retirer tout en restant dans le groupe, par exemple rester derrière l'intervenant, aller dans un autre groupe, etc.
- Aider le jeune à développer l'habileté de s'arrêter et de réfléchir devant une situation problématique. Cette habileté se développe en rappelant une conséquence désagréable imposée antérieurement dans une situation semblable.
- Imposer des conséquences immédiates et automatiques lorsqu'une règle considérée comme prioritaire n'est pas respectée.
- Utiliser les temps d'arrêts (time-out) pour éviter les escalades négatives. On envoie alors l'enfant ou les enfants en cause dans un endroit relativement isolé, mais tout de même à la vue de l'adulte en autorité, afin qu'il retrouve son calme. Il faut par la suite revenir sur la situation avec les principaux intéressés pour leur indiquer une façon plus adéquate de réagir. Les conseils de coopération (moyen de gérer les conflits qui amène les jeunes ciblés par une situation problématique à exprimer leurs sentiments à l'égard de la situation, à présenter leurs excuses et à trouver une meilleure façon d'agir, le tout sous la supervision de l'intervenant) peuvent être utiles, mais tous les enfants ne répondent pas bien au fait de régler leurs problèmes devant le groupe. Il faut respecter ce fait et prévoir des rencontres en petit groupe avec les élèves en cause.
- Utiliser des codes non verbaux qui rappellent le jeune à l'ordre de façon discrète. Cette façon de faire évite d'attirer inutilement l'attention des autres sur lui et permet une certaine complicité entre lui et son intervenant. D'autres codes non verbaux peuvent être prévus pour encourager le jeune à poursuivre ses efforts. Souligner les bons comportements à l'aide de renforçateurs concrets (collants, estampes, jetons, argent scolaire, bâtons de « bonbons glacés ») aide le jeune à prendre conscience de ses bons coups. On peut aussi lui permettre d'échanger ses renforçateurs contre des privilèges ayant été prévus.

RÉFÉRENCES : INTERVENTIONS DANS LES AUTRES MILIEUX DE VIE

BARKLEY, R. A. « Dix-huit façons de rendre un système de jetons plus efficace avec les TDAH », traduit par Robitaille, C. *ADHD Report, New York*, vol. 4, n° 4, 1996.

DESJARDINS, C., M. GROULX, et S. LAVIGUEUR. *Pour mieux intervenir : Protocole d'intervention pour le trouble : déficit de l'attention/hyperactivité*, Montréal, CFORP, 1999.

FLICK, G. L. *ADD/ADHD : Behavior-Change Resource Kit*, The Center for Applied Research in Education, 1998.

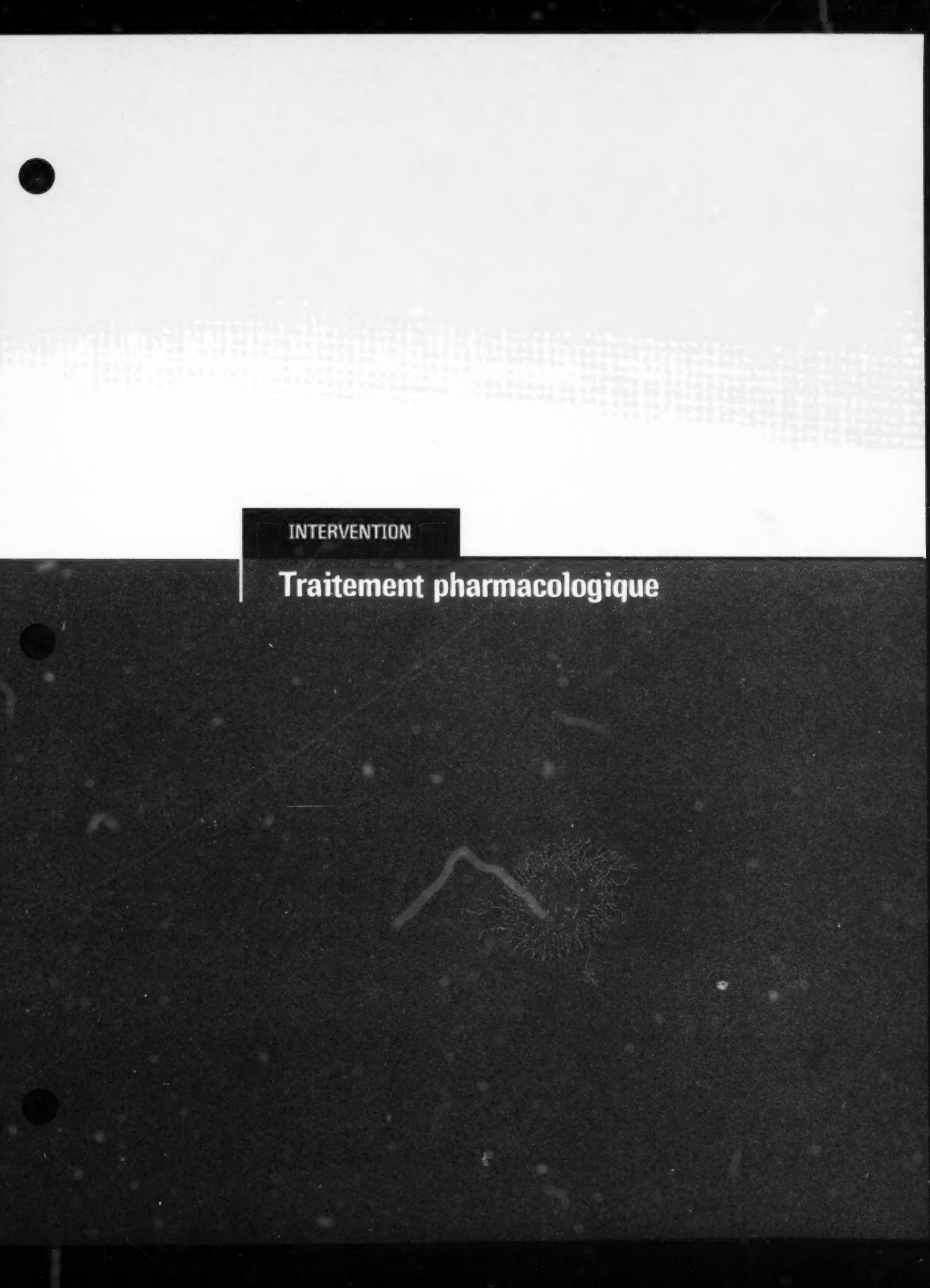
GOUDREAU, R. *TDAH : Moyens d'intervention en milieu scolaire*, document de formation, Commission scolaire de la Beauce-Etchemin, 2000.

JOHNSON, R. C., et L. A. ROSÉN. *« Sports Behavior of ADHD Children », Journal of Attention Disorders*, vol. 4, n° 3, Toronto, novembre 2000,

MASSÉ, L. *Intervenir auprès d'élèves du primaire présentant un déficit d'attention/hyperactivité : un tableau des interventions les plus efficaces*, atelier de formation lors du Colloque de l'AQPS, TroisRivières, novembre 2001.

INTERVENTION

Traitement pharmacologique



Les jeunes qui présentent un TDAH ne doivent pas nécessairement tous prendre une médication. Le traitement pharmacologique s'ajoute, dans bien des cas, aux autres moyens d'intervention auprès de ces jeunes afin qu'ils puissent surmonter leurs difficultés et mieux s'adapter. Ces jeunes, pour qui la médication est nécessaire, ont besoin d'une telle intervention et les en priver diminue grandement les chances de succès des interventions choisies pour leur venir en aide et répondre à leurs besoins.

La médication est le traitement du TDAH qui reçoit le plus d'attention de la part des médias, des parents et des chercheurs. Beaucoup d'information circulent sur ce sujet, mais il faut faire attention à la source de ces renseignements, car bon nombre de mythes sont véhiculés. L'efficacité des stimulants du système nerveux central (SSNC), comme le Ritalin, est étudiée depuis de nombreuses années et leur effet positif sur le comportement est indéniable. Comme bien d'autres formes de traitement, par contre, la médication doit être prescrite avec soin et le suivi doit être rigoureux. La médication ne guérit pas le TDAH, mais elle peut être considérée comme un moyen d'intervention efficace pour diminuer la présence des comportements inadéquats et augmenter l'apprentissage de nouveaux comportements mieux adaptés.

Selon Safer, Zito et Fine (1996, cités dans Barkley, 1998), environ 2,8 % des enfants d'âge scolaire aux États-Unis utilisent des stimulants pour gérer leur comportement. De plus, il y a eu récemment une augmentation de l'utilisation de cette médication auprès de la population adulte et adolescente qui présente un TDAH. Au Québec, la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), par l'entremise du Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM), a rendu public, en juin 2001, un rapport sur l'utilisation de la médication dans le traitement du TDAH. Selon ce rapport, on remarque une hausse de l'utilisation des SSNC variant de 23,3 à 30,1 % de 1995 à 1999, soit une augmentation moyenne de 4 à 6 % par année, selon la catégorie d'assurés de la RAMQ âgés de 18 ans et moins. Le nombre d'utilisateurs des SSNC varie de 2,3 à 3,2 % de la population, ce qui concorde avec ce qui est observé aux États-Unis. Ce sont les garçons âgés de 6 à 9 ans qui présentent la plus grande proportion des utilisateurs de SSNC.

Ce rapport met aussi en lumière certains faits plutôt inquiétants. En effet, il semble que l'usage que l'on fait des SSNC est peu constant et souvent non conforme au bon usage. Le TDAH étant un trouble chronique, ceux qui le présentent et qui peuvent répondre à un traitement pharmacologique devraient l'utiliser régulièrement et de façon relativement constante à longue échéance. Une grande proportion des utilisateurs n'en consomment pas régulièrement et parmi ceux qui le font, 68,5 % des prescriptions ne couvrent pas l'ensemble de l'année scolaire. Les auteurs de cette recherche concluent donc qu'une faible proportion des utilisateurs semble suivre le traitement pharmacologique avec constance pour une période suffisante, comme se veut la pratique.

D'autre part, selon les données recueillies sur les prescriptions, 51,1 % proviennent des pédiatres, 23 % des omnipraticiens, 15,8 % des psychiatres et 7,7 % des neurologues. Parmi ces professionnels, on remarque que 47,8 % d'entre eux n'ont suivi ou reçu qu'un seul patient concernant cette problématique. Il faut toutefois mentionner que les usagers de la RAMQ, sujets de cette présente recherche, représentent le tiers de la clientèle des médecins. Le ratio réel pourrait alors être de trois suivis par année plutôt qu'un seul. Les auteurs suggèrent qu'il peut être pertinent de se questionner sur l'expertise de certains médecins prescripteurs de psychostimulants concernant cette problématique en particulier. Les lignes directrices énoncées par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec (2001) devraient contribuer à remédier à cette situation.

1. MYTHES ET RÉALITÉ

La médication cause une dépendance physique et psychologique amenant le jeune sur le chemin de la toxicomanie : FAUX.

Aucune recherche ne mène à de telles conclusions. Les psychostimulants (Ritalin), la médication la plus couramment utilisée pour traiter le TDAH, sont éliminés complètement du système après 12 heures (Dubé, 1992). Les enfants traités au méthylphénidate ou autre médication ne sont pas plus à risque de développer une toxicomanie que la population en général. Ce serait même l'inverse. Les jeunes qui ne bénéficient pas d'une forme de traitement pour leur trouble alors qu'ils en auraient besoin sont plus à risque de devenir toxicomanes en raison d'une faible estime de soi et des grandes difficultés éprouvées dans leur jeunesse (Weiss et Hechtman, 1986).

La médication guérit le TDAH : FAUX.

La médication permet, pour beaucoup d'utilisateurs, une diminution temporaire des symptômes du TDAH. Ces symptômes réapparaissent quand la médication est éliminée. Elle permet par contre, lors de cette rémission, de rendre le jeune plus apte à apprendre de nouveaux comportements mieux adaptés.

Le nombre de prescriptions de Ritalin a augmenté de 500 % (une hausse d'environ 50 % par année) : FAUX.

Selon les résultats rapportés par le CRUM, les hausses de prescriptions sont davantage de l'ordre de 4 à 6 % par année. Il est vrai que l'usage des psychostimulants a augmenté, car plus d'adolescents et d'adultes en font l'utilisation comme moyen de traitement de leurs symptômes du TDAH. C'est pourquoi leur prescription doit se faire avec soin par des médecins experts dans ce champ de pratique afin d'éviter leur surutilisation.

Les psychostimulants sont utilisés depuis des années : VRAI.

On peut remonter jusqu'en 1937, année où Bradley fait mention de l'utilisation de stimulants dans le but de calmer et d'améliorer le rendement d'enfants présentant des troubles de comportement. Depuis ce moment, l'usage de stimulants est devenu plus fréquent dans la pratique pédiatrique. Son usage, surtout en ce qui concerne le méthylphénidate, est très documenté dans la littérature scientifique.

2. MÉDICATIONS LES PLUS COURAMMENT UTILISÉES

Les stimulants du système nerveux central (SSNC) sont les médications psychotropes les plus couramment utilisées pour traiter les symptômes du TDAH. Ces médications ont comme effet principal d'augmenter le degré d'activité, d'éveil et de vigilance du système nerveux central. En fait, il semble que leur action touche celle des neurotransmetteurs, ce qui facilite la transmission de l'information d'un neurone à l'autre.

Les stimulants les plus couramment employés au Canada sont le méthylphénidate (Ritalin) et la dextroamphétamine (Dexedrine). La pémoline (Cylert) a déjà été utilisée, mais a été retirée du marché au Canada en raison d'effets secondaires indésirables. Elle continue, par contre, à être utilisée aux États-Unis. Un nouveau stimulant, une combinaison d'amphétamine et de dextroamphétamine (Adderall), vient d'être approuvé aux États-Unis et est utilisé auprès des enfants et d'adultes présentant un TDAH. (Des démarches sont entreprises par le fabricant afin de commercialiser ce produit au Canada). Barkley (1998) fait aussi mention de la méthamphétamine (Desoxyn), mais ne donne pas de précisions sur ce sujet à cause de son haut potentiel d'abus comparativement aux autres stimulants. D'autres médicaments sont présentement en conception et seront éventuellement offerts au Canada. La recherche en pharmacologie s'oriente vers des produits qui auraient des effets plus ciblés et donc qui seraient plus efficaces et auraient moins d'effets secondaires.

La médication la plus couramment employée pour traiter le TDAH est le méthylphénidate. On trouve cette médication sous deux formes : la forme régulière, dont la durée d'efficacité est d'environ quatre heures, et la forme à libération prolongée (slow-release), dont la durée d'efficacité est d'environ huit heures. Une nouvelle forme à longue durée plus efficace a récemment été commercialisée aux États-Unis, mais n'est pas disponible au Canada pour le moment. Cette nouvelle forme de méthylphénidate se libère selon un nouveau procédé qui assure une efficacité constante sur une longue période de temps (huit heures). La forme à libération prolongée (slow-release) a, elle aussi, une soi-disant efficacité de huit heures, mais, dans la réalité, il semble qu'il y a beaucoup de variations et que peu d'individus ont réellement un effet constant pendant ces huit heures.

Le méthylphénidate est complètement métabolisé (élimine) par l'organisme en douze heures, c'est-à-dire qu'il n'en reste aucune trace après cette période. Sa concentration maximale dans le corps est atteinte en moyenne après environ 1,9 heure pour la forme régulière et environ 4,7 heures pour la forme à libération prolongée (Dubé, 1992). L'action spécifique de cette médication reste incertaine. Il semble, selon les recherches, qu'elle ait un plus grand effet sur la dopamine et favoriserait sa libération. La dextroamphétamine, quant à elle, aurait comme action d'augmenter l'activité catécholaminergique associée à la transmission de l'information d'un neurone à l'autre dans la synapse. L'action semble avoir un effet sur le système nerveux central, probablement en augmentant la présence de la norépinéphrine ou de la dopamine dans la synapse.

Environ 30 % des individus présentant un TDAH ne répondent pas à un médicament donné. Dans ces cas, bon nombre répondront à d'autres médicaments. En effet, une personne qui ne répond pas bien au Ritalin aura des chances de répondre à la dexédrine. Mais, pour ces individus qui ne répondent ni à l'un, ni à l'autre, soit environ 20 % des cas de TDAH, on doit faire appel à un autre type de médication ou bien à un autre type de traitement. C'est dans cette perspective que des médications autres que stimulantes sont utilisées dans le traitement du TDAH.

Les médications dans la catégorie des antidépresseurs tricycliques (TCA) sont les agents non stimulants les plus utilisés. Leur effet principal semble être une inhibition de la reprise (reuptake) de certains neurotransmetteurs, plus spécifiquement la norépinéphrine et la sérotonine. Leur effet semble toutefois varier entre des améliorations notables et des effets secondaires importants. Mais dans 87 % des cas où il est utilisé, on remarque une amélioration des symptômes (Barkley, 1998). Leur durée d'action est plus longue que celle des stimulants. Ils constituent tout de même le traitement de troisième ligne, après les stimulants et le bupropion. La littérature semble indiquer que les TCA sont efficaces pour le contrôle des comportements inadéquats associés au TDAH, mais moins efficaces pour l'amélioration des déficits cognitifs. D'autres types d'antidépresseurs, comme le bupropion (Wellbutrin), sont utilisés dans le traitement du TDAH et donnent des résultats comparables.

Ces médications non stimulantes sont souvent choisies lorsqu'il y a comorbidité avec un trouble de la conduite, un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur. Elles sont considérées comme solutions de rechange lorsque les psychostimulants n'ont pas produit les effets recherchés, car elles sont liées à certains risques d'arrêt cardiaque (Masse, 1999) et leur efficacité sur les symptômes centraux du TDAH est moindre que celle des stimulants.

Le *Journal of Attention Disorder* (Conners, 2001) a publié un sondage à grande échelle selon lequel 47 experts sur la problématique du TDAH se sont prononcés sur le diagnostic, l'évaluation et le traitement de ce trouble. D'après eux, l'utilisation des psychostimulants est préférable dans le traitement du TDAH qui se présente sans complications ou avec une comorbidité du trouble de la conduite. Lorsqu'il y a comorbidité avec un trouble de l'humeur (dépression ou dysthymie), le bupropion ou les antidépresseurs tricycliques (TCA) sont un meilleur choix. En ce qui concerne le traitement du TDAH, lorsqu'il y a une présence de symptômes psychotiques, les experts conseillent d'ajouter un psychostimulant à une médication antipsychotique seulement, si les symptômes psychotiques sont en rémission et que les symptômes du TDAH sont particulièrement sévères. Pour ce qui est du TDAH qui se présente avec un trouble anxieux, il est conseillé d'ajouter un psychostimulant au traitement déjà en place pour le trouble anxieux si les symptômes du TDAH persistent et sont cliniquement significatifs.

3. QUAND UTILISER LA MÉDICATION?

Une question importante doit se poser quand on aborde le sujet de la médication : quand peut-on ou doit-on songer à la médication? En dépit de l'efficacité notoire des psychostimulants et de leur emploi relativement sécuritaire auprès des enfants, il faut tout de même se questionner et évaluer tous les aspects en cause. Barkley (1998) énonce certaines règles ou aspects à considérer avant de songer à un traitement pharmacologique.

- **Est-ce que l'enfant a fait l'objet d'une évaluation médicale et psychologique adéquate?** Une médication ne devrait jamais être envisagée si l'enfant n'a pas fait l'objet d'un examen complet confirmant une bonne santé physique et un diagnostic clair.
- **Quel âge a l'enfant?** La pharmacothérapie est souvent moins efficace chez les enfants âgés de moins de 6 ans. Les résultats sont variables, mais surtout beaucoup moins documentés. Par conséquent, elle est moins recommandée à cet âge.
- **Est-ce que d'autres types de thérapies ont été essayées?** Il est souvent préférable d'essayer d'autres types d'intervention avant d'envisager la médication. Par contre, si les difficultés de comportement de l'enfant sont sévères et que la famille ne peut participer à une formation pour apprendre à mieux gérer le comportement de leur enfant, la médication peut être la seule solution possible à ce moment.
- **Quelle est la sévérité des symptômes présentés par l'enfant?** Dans certains cas, les comportements sont tellement perturbants et dérangeants pour la famille, le milieu scolaire ou celui des sports et des loisirs que la médication est le moyen le plus rapide et le plus efficace pour gérer la crise en attendant qu'un autre type d'intervention puisse être mis en place.
- **Est-ce que la famille est prête à la médication et aux coûts associés en temps et en énergie?** L'implication, à long terme, dans un traitement donné est importante, même avec la médication, car elle nécessite un suivi médical régulier, donc des visites assez fréquentes chez le médecin, surtout au début du traitement. De plus, quand la médication est associée à des interventions psychosociales, l'implication des parents doit être encore plus grande en matière de temps et d'énergie. On se doit donc de tenir compte de cette capacité d'investissement des parents.
- **Est-ce que la structure du milieu familial permet de superviser la prise de médication et de gérer les risques associés à l'abus possible?** Le parent doit être en mesure de faire les observations nécessaires quant aux effets de la médication afin de pouvoir rapporter ces observations au médecin. Ce dernier en a besoin pour ajuster la dose, s'il y a lieu. Le milieu scolaire doit pouvoir lui aussi fournir de l'information sur ce sujet.
- **Quelle est l'attitude du parent par rapport à la médication?** Certains parents sont fortement opposés à la médication. Ils ne devraient pas être forcés d'accepter un traitement pharmacologique dans ces conditions, car l'efficacité en sera réduite. Le jeune peut se sentir coupable de prendre une médication et combattre les effets bénéfiques qu'il pourrait y avoir. Il est préférable alors de bien informer les parents sur les effets positifs et secondaires de la médication, de même que les avantages et désavantages et les laisser réfléchir et choisir.
- **Y a-t-il un membre de la famille qui est toxicomane et qui vit sous le même toit (fratrie, parent)?** Dans ces conditions, une médication ne devrait pas être prescrite, car il y a un trop grand risque d'utilisation ou de vente illicite de la substance.
- **Est-ce que l'enfant a une histoire de psychose ou de troul _ de la pensée?** Si c'est le cas, les stimulants sont contre-indiqués, car ils peuvent exacerber les symptômes.
- **Est-ce qu'il y a présence de tics?** Dans ces cas, il faut être attentif, car la médication pourrait exacerber les symptômes.
- **Est-ce que l'enfant est très anxieux, inquiet ou sujet à des plaintes psychosomatiques?** Ces enfants peuvent ne pas répondre positivement à la médication et mieux réagir aux antidépresseurs ou à la thérapie.
- **Est-ce que le médecin a le temps d'observer les effets de la médication adéquatement?** Des évaluations périodiques tout au long de l'année sont de mise afin de bien ajuster et de trouver la dose optimale selon les effets souhaités.

- **Comment le jeune se sent-il par rapport à la médication et aux autres types de traitements?** Il est important d'aborder les différents aspects de la médication avec les enfants plus âgés et les adolescents. Ceux-ci peuvent résister aux effets positifs s'ils sont opposés à l'idée.
- **Est-ce que le jeune ou l'adolescent évolue dans un sport d'élite dans lequel des tests d'urine sont fréquents?** Si c'est le cas, il faut que la question soit abordée avec les parents, le jeune et l'entraineur, car il peut y avoir un risque de disqualification s'il y a eu prise de méthylphénidate immédiatement avant ou pendant une compétition sportive.

4. EFFETS POSITIFS

Barkley (1977, cité dans Barkley 1998) a fait une revue de plus de 120 études portant sur l'efficacité de la médication et est arrivé à la conclusion qu'entre 73 et 77 % des enfants traités à l'aide des stimulants ont vu leur comportement s'améliorer, comparativement à 39 % des enfants soumis au placebo. Les recherches plus récentes mènent à des conclusions similaires, avec un taux de réponse au placebo encore plus bas que celui enregistré par Barkley en 1977 (Barkley, 1998).

Les stimulants semblent n'avoir que des effets mineurs sur l'organisme. Ces effets s'observent davantage sur le système nerveux, où l'on remarque une augmentation de l'activité du système nerveux autonome et central. Les effets semblent donc être beaucoup plus apparents sur le comportement et les processus cognitifs. En effet, les enfants sous médication semblent montrer une amélioration de l'attention soutenue, de la concentration et de la mémoire à court terme, une plus grande persévérance à la tâche, en particulier les tâches structurées comme celles que l'on effectue en classe, de même qu'une diminution des comportements indésirables et de l'agitation. Pour beaucoup d'entre eux, l'attention est améliorée à un point tel qu'ils offrent un rendement scolaire comparable à celui des autres élèves de la classe. Les comportements perturbateurs tels l'agressivité, l'impulsivité, les comportements bruyants et l'opposition peuvent aussi être diminués avec une médication (Armstrong, 2002; Dubé, 1992). On remarque aussi des performances améliorées en laboratoire sur les mesures de vigilance, sur le contrôle de l'impulsivité, sur la motricité fine et sur le temps de réaction (Barkley, 1998).

Le traitement pharmacologique peut avoir un effet indirect sur la socialisation. En effet, on remarque, chez les jeunes qui utilisent une médication, que la qualité de leurs relations sociales est significativement meilleure. On associe cette amélioration au fait que la médication diminue les comportements opposants et augmente l'implication positive des jeunes dans les interactions. Ainsi, les conflits, les répétitions et la supervision diminuent et le jeune vit beaucoup plus d'interactions positives avec les adultes en autorité et ses pairs.

Les effets positifs du traitement pharmacologique sont donc principalement la diminution et un meilleur contrôle de l'agitation de même qu'un accroissement de l'attention.

5. LIMITES

Les bénéfices de la médication stimulante sont temporaires et celle-ci ne constitue aucunement une « cure » contre le TDAH (Armstrong, 2002). En effet, une fois la médication éliminée de l'organisme, les symptômes se manifestent à nouveau. Mais parce qu'elle fonctionne très efficacement, les parents et intervenants ont tendance à y faire appel comme premier choix d'intervention, car il y a réduction des symptômes sans avoir à y investir beaucoup d'énergie et de temps. Cela implique, par contre, que d'autres moyens d'intervention possiblement mieux adaptés aux difficultés du jeune et pouvant agir sur le problème comme tel et non uniquement sur les symptômes sont souvent négligés. De plus, il reste une proportion d'environ 20 à 30 % des utilisateurs qui ne répondent pas positivement à l'un ou l'autre des types de stimulants.

La médication permet au jeune d'être moins réactif et plus attentif à son environnement. Par conséquent, il devient plus ouvert à l'égard de l'apprentissage de nouveaux comportements et attitudes à adopter. La médication n'a toutefois pas d'effet sur le potentiel intellectuel ou la proaction sociale. Les hausses possibles du rendement scolaire ne sont pas dues au fait que l'enfant est devenu plus intelligent, mais bien au fait que ses comportements inadéquats sont moins fréquents et l'attention plus grande. Ainsi, il est plus disposé en classe et il lui est plus facile d'apprendre la matière enseignée. De la même façon, avec la médication, l'enfant ne deviendra pas plus proactif socialement s'il ne l'était pas au départ. La diminution des comportements perturbateurs et de l'inattention peut faire en sorte que le jeune soit plus ouvert et adopte des comportements plus adéquats dans ses interactions sociales, mais ne le rendra pas moins timide ou plus intéressé.

Il y a toujours un risque que le jeune réagisse après avoir eu un comportement inadéquat en disant : « Ce n'est pas ma faute, j'ai oublié de prendre mon Ritalin ce matin. » (Armstrong, 2002). La médication peut donc subtilement miner son sens des responsabilités et l'amener à penser que ses réussites et même ses échecs sont attribuables au fait qu'il a pris ou non son médicament. Pour éviter de telles situations, il faut bien informer le jeune, les parents et les intervenants sur les effets réels de la médication. Cette dernière ne peut jamais être une excuse ou une raison justifiant l'apparition de tel ou tel comportement. Le jeune est toujours responsable de ses actes et de ses choix.

Le méthylphénidate peut être contre-indiqué dans certaines situations, dont les suivantes :

- lorsque la personne vit beaucoup d'anxiété, une grande tension ou une forte agitation émotionnelle;
- lorsqu'il y a présence d'autres conditions physiques :
  - un problème de tachyarythmie;
  - un glaucome;
  - une allergie au méthyphénidate;
- lorsque le jeune présente le syndrome de Gilles de La Tourette ou s'il y a une histoire de ce trouble dans la famille, dans les cas où il y a exacerbation des symptômes. Ce n'est pas tous les individus présentant ce syndrome qui verront leurs symptômes augmenter;
- lorsque l'enfant est psychotique, car il y a risque d'une augmentation des symptômes;
- lorsque l'enfant souffre d'épilepsie, les stimulants devant alors être utilisés avec beaucoup de prudence, puisqu'ils peuvent abaisser le seuil de convulsivité;
- lorsqu'il y a possibilité d'interactions entre le méthylphénidate et d'autres médications, en raison d'effets secondaires risqués :
  - les vasopresseurs;
  - les inhibiteurs de la monoamine oxydase;
  - les anti-convulsants et les anticoagulants;
  - les hypotenseurs (Dubé, 1992).

6. EFFETS SECONDAIRES

Les effets secondaires les plus fréquemment rapportés sont la perte d'appétit et l'insomnie. On peut aussi remarquer les maux de tête et de ventre, l'irritabilité, l'anxiété, les tics nerveux, les changements d'humeur et les réactions émotives exacerbées (pleurs). Barkley (1998) et Dubé (1992) mentionnent cependant que certains enfants, sous le traitement placebo, peuvent présenter les mêmes symptômes. Il se peut donc que ces effets soient associés au trouble plutôt qu'à la prise de médication.

La sévérité de ces effets secondaires demeure toutefois légère. De plus, il se peut que beaucoup de ces symptômes soient associés à l'élimination de la médication du système, car plusieurs utilisateurs les présentent davantage lors du déclin de la médication plutôt que dans sa phase active. Dans la majorité des cas, les effets secondaires disparaissent après une à deux semaines d'utilisation. Il faut toutefois mentionner qu'environ 1 à 3 % des enfants présentant un TDAH ne tolèrent aucune dose de stimulant et doivent être traités avec des médications alternatives (Barkley, 1977 cité dans Barkley, 1998).

Il arrive que certains enfants développent des réactions exceptionnelles comme des réactions allergiques sous forme d'irritations cutanées ou de comportements stéréotypés. Des symptômes psychotiques temporaires ont déjà été observés chez les enfants soumis à de très hautes doses de médication et dans de très rares occasions, avec de petites doses. Ces réactions sont toutefois très peu fréquentes (Dulcan, 1990, cité dans Barkley, 1998) et justifient de cesser l'utilisation du médicament.

Il existe maintenant un certain nombre d'études portant sur l'utilisation des stimulants sur une longue période de temps (Weiss et Hechtman, 1993). Ces études n'ont montré aucun risque significatif lié à un traitement pharmacologique à long terme. Il n'y a aucun cas d'abus de substance ou de dépendance sérieuse associé à la prise d'une médication stimulante, lorsqu'elle est prescrite selon les normes (chercheurs cités par Dubé, 1992). En fait, Weiss et Hechtman (1993), dans leur étude, arrivent à la conclusion qu'il n'y a pas d'augmentation du risque d'abus de drogue associée à ce type de traitement, mais rappellent que d'autres recherches seraient nécessaires afin d'éliminer complètement cette hypothèse d'effet à long terme. En fait, il faut mentionner que le développement d'une toxicomanie ne peut dépendre seulement de l'usage de stimulants. Des facteurs psychosociaux y contribuent largement (Dubé, 1992). L'un des effets à long terme qui a attiré l'attention par le passé est la diminution potentielle de la croissance et du gain de poids. Des recherches antérieures sur le méthylphénidate et la dextroamphétamine montraient cet effet secondaire de la médication (Safer et Allen, 1973, cités dans Barkley, 1998). Des recherches subséquentes ont montré une perte de poids de l'ordre de 1 kg ou moins, qui semblait due à la perte d'appetit associée à l'utilisation des stimulants. De plus, la diminution du rythme de croissance semble plutôt minime et davantage associée à la première année de traitement. Elle ne semble pas avoir d'incidence sur la taille et le poids prévus à l'âge adulte (Barkley, 1998). Si cet effet secondaire est présent, le fait d'arrêter la médication pendant la période estivale peut y pallier. On peut alors augmenter les chances de voir une poussée de croissance pendant cette période.

Certains enfants peuvent vivre aussi une détérioration du comportement lorsque la médication ne fait plus effet. Selon Johnston, Pelham, Hoza et Sturges (1988, cités dans Barkley, 1998), un tiers de leur échantillonnage présentait cette détérioration. Ces réactions varient beaucoup d'un individu à l'autre et aussi d'un jour à l'autre pour un même individu. Diminuer la dose de l'après-midi peut contribuer à diminuer l'ampleur et la fréquence de ces effets de rebond. L'utilisation d'une troisième dose réduite en fin de journée est aussi souvent recommandée pour remédier à ce problème.

7. COMMENT GÉRER LES EFFETS SECONDAIRES?

Dans la majorité des cas, les effets secondaires disparaissent ou du moins diminuent après une à deux semaines d'utilisation. Dans les cas où ils perdurent après un plus long laps de temps, une réduction de la dose peut amener une réduction des effets secondaires. Enfin, si les effets secondaires sont toujours présents malgré une diminution de la dose, il serait probablement préférable d'envisager une autre médication ou un autre type d'intervention. Il va sans dire que toute décision concernant la médication doit se faire sous la supervision du médecin traitant.

8. PROTOCOLE D'ADMINISTRATION ET GESTION DE LA MÉDICATION

Le but, lors de l'ajustement de la dose, est de trouver la dose la plus petite pour un effet maximal. Au départ, la dose est généralement ajustée selon le poids de l'enfant. Il existe de grandes variations entre les enfants même s'ils ont un poids similaire. Il est donc habituellement suggéré de débuter par une petite dose (5 mg) pour augmenter graduellement jusqu'à ce que l'effet recherché soit atteint. Plus on débute doucement, en augmentant la dose lentement, plus le corps s'habitue à la médication et moins les effets secondaires seront importants. De plus, il a été remarqué, en clinique, que parfois les plus petites doses semblent agir sur l'attention alors que les doses plus élevées semblent diminuer les comportements inadéquats et favoriser la socialisation (Barkley, 1998; Massé, 1999). Ce phénomène est encore controversé, car les résultats n'ont pu être reproduits. Il est préférable d'attendre de trois à sept jours avant d'augmenter ou de diminuer une dose afin d'en évaluer les bénéfices et les effets secondaires (Conners et coll., 2001).

La dose n'est pas le seul aspect à prendre en considération. Le type de médication est aussi un aspect important. En effet, comme il est mentionné précédemment, la médication utilisée en premier par la majorité des médecins est le méthylphénidate parce que son utilisation est largement documentée par la recherche (Barkley, 1998). Il se peut cependant que le jeune présente des conditions contre-indiquées pour ce type de médication. Le médecin doit alors se tourner vers un autre type de médication ou de traitement.

L'âge de l'enfant ou de l'adolescent est un autre facteur à considérer. Il est peu recommandé d'utiliser une médication pour les enfants d'âge préscolaire. Moins d'études ayant porté sur des sujets de cet âge, il est plus risqué de leur prescrire une médication (Dubé, 1992). De plus, l'efficacité est souvent plus faible que chez les plus âgés et les effets secondaires peuvent être plus sévères (Barkley, 1998). Chez les enfants plus âgés et les adolescents, c'est la prise de la médication à l'école qui peut poser problème. Dans ces conditions, l'utilisation de la forme à libération prolongée du méthylphénidate ou d'une autre médication, qui se prend une seule fois le matin, peut pallier cette difficulté.

9. GESTION

Dans la majorité des situations, c'est le méthylphénidate sous sa forme régulière qui est utilisé. Il se prend habituellement deux à trois fois par jour selon les cas. Jusqu'au début des années 90, on recommandait deux doses par jour (matin et midi) et un arrêt pendant les fins de semaine et les vacances. Maintenant, on voit l'émergence d'un autre courant de pensée dans le monde médical : poursuivre la prise de médication en soirée, les fins de semaine et pendant les vacances. Ces enfants prennent donc une troisième dose en fin d'après-midi. La troisième dose de la journée est souvent plus petite. Cette façon de faire est très efficace pour les jeunes présentant un TDAH sévère. Ainsi, les devoirs sont mieux faits, les conflits dans le milieu familial sont moins fréquents et les jeunes ont davantage de succès dans leurs activités de loisirs, car ils peuvent mieux se contrôler et être plus attentifs. Pour certains jeunes qui présentent un portrait de TDAH moins sévère, il se peut qu'ils répondent positivement à une prise de médication deux fois par jour, les jours de classe seulement. Il n'existe toutefois pas de consensus parmi les experts favorisant la prise continue de médication versus la prise de médication seulement les jours de classe (Conners et coll., 2001).

Si le jeune prend sa médication deux fois par jour et qu'il dîne à l'école, il faut prévoir une procédure ou un moment précis pour qu'il puisse prendre sa médication du midi. Pour les enfants plus jeunes, celle-ci doit être gérée par un adulte. Une entente avec le service de garde est de mise. Ainsi la médication est supervisée et il y a moins de risque qu'elle soit oubliée ou utilisée de façon illicite. Il suffit pour le parent de remplir un formulaire autorisant les éducateurs du service de garde à donner la médication à leur enfant et de leur fournir les doses suffisantes. Les enfants plus âgés et autonomes peuvent gérer eux-mêmes la prise de médication le midi. Il arrive par contre que des jeunes ne soient pas à l'aise avec cette responsabilité. Certains refuseront même de prendre leur médication, car ils ne veulent pas être vus par leurs pairs. Il faut donc s'assurer de la collaboration des intervenants afin de minimiser les risques liés aux préjugés, en présentant la situation associée à la médication comme normale et allant de soi. D'autres, surtout à l'adolescence, peuvent en faire un usage illicite (vente). Dans ces conditions, il est préférable d'utiliser la forme à libération prolongée (SR) ou une autre médication qui ne se prend qu'une fois par jour. Ainsi, les parents peuvent gérer la consommation et le jeune n'a pas à la prendre à l'école et risquer, dans certains cas, d'être pointé du doigt par les autres.

La dose n'est pas le seul facteur à prendre en compte. Le moment où la médication est prise peut changer l'efficacité du traitement. La chronopharmacologie fait justement référence à l'importance de choisir ce moment selon les effets recherchés. En effet, on constate généralement une baisse importante de l'agitation environ une heure après la prise de méthylphénidate. L'effet maximal se produit environ 90 minutes après sa consommation et diminue grandement après deux heures et demie. En ce qui concerne l'attention, l'effet maximal est plus lent à se produire. Ce n'est seulement qu'après une heure et demie que les effets se font sentir sur l'attention, mais leur durée est plus longue que pour l'agitation. Ils persistent jusqu'à 4 heures après l'ingestion. Naturellement, ces données sont moyennes et peuvent différer grandement d'un individu à l'autre (Robitaille, 1995).

Selon ces données, il est donc possible de gérer le moment de la consommation de la médication pour obtenir un effet optimal. Si le but est de diminuer l'agitation pendant un examen prévu à 8 h 30 d'une durée d'une heure, par exemple, il est préférable de donner la médication vers 7 h 30 afin que son effet maximal soit atteint au début de l'examen et puisse durer toute l'heure. Si la médication est donnée plus tôt, il y a des risques qu'elle ne puisse faire effet tout au long de la période et que l'agitation réapparaisse vers la fin de l'examen. Si l'effet recherché est une augmentation de l'attention pour un examen qui débute à 8 h 30, il serait préférable de prendre la médication vers 7 h pour avoir un effet maximal à 8 h 30.

10. QUAND DIMINUER, QUAND CESSER?

De plus en plus d'individus présentant un TDAH continuent l'usage de la médication jusqu'à l'âge adulte, surtout si le déficit d'attention est sévère ou si l'impulsivité est très forte. Sans ce moyen, ils n'arrivent pas à maintenir un emploi stable et vivent beaucoup de situations négatives et difficiles. D'autres arrêteront de la prendre à l'adolescence. Beaucoup d'adolescents ressentent le besoin de vérifier s'ils sont capables de bien fonctionner sans médication. À cet âge, l'agitation est souvent beaucoup moins importante et ils peuvent avoir l'impression de ne plus en avoir besoin. Ils peuvent vouloir cesser la médication et tenter de pallier leurs difficultés par d'autres moyens. Il faut dire qu'à cette période on remarque des changements importants. La motivation, la conscience et l'autocontrôle augmentent. Il y a aussi une maturation neuronale à la puberté et les exigences du milieu sont souvent différentes au secondaire. En effet, il arrive que l'adolescent puisse choisir une voie plus appropriée à son mode de fonctionnement et pour laquelle la motivation est plus élevée. En raison de tous ces facteurs, le jeune peut prendre la décision d'arrêter la médication et de poursuivre son cheminement sans encombre, car il a tout fait pour y arriver.

Comme il a été mentionné précédemment, le traitement le plus efficace est le traitement combiné. À l'aide de la médication et des interventions behaviorales ou behaviorales-cognitives, le jeune est plus en mesure d'apprendre et de mettre en application les moyens pouvant pallier ses difficultés et améliorer ses déficits. Lorsque ces moyens sont acquis, il est possible de diminuer la dose afin de vérifier si les nouveaux comportements se maintiennent. Si le jeune a développé de meilleures capacités d'autocontrôle, il pourra éventuellement cesser la médication.

Avant de songer à diminuer ou à cesser une médication, il faut que le jeune ait les capacités et les moyens pour pallier les difficultés inhérentes à son trouble. La médication ne guérit pas le trouble. Avant d'y mettre fin, il faut donc faire en sorte que l'enfant ou l'adolescent soit en mesure de mieux se contrôler par lui-même. Sinon, les symptômes réapparaîtront et il ne sera pas plus en mesure d'y faire face. Il vivra alors bien des désagréments. Il est donc possible d'en arriver à diminuer et même à cesser un traitement pharmacologique. Cela doit se faire avec jugement et en fonction des besoins spécifiques de chacun. Pour certains, ce sera une bonne décision alors que pour d'autres, prendre une telle décision peut avoir des conséquences néfastes sur son développement.

Les recherches les plus récentes convergent toutes vers un fait : on obtient de meilleurs résultats quant à l'amélioration du comportement, du rendement scolaire et des habiletés sociales lorsqu'on utilise un traitement combiné de médication avec des interventions behaviorales ou behaviorales-cognitives (Braswell et Bloomquist, 1991). En effet, la médication favorise davantage la réceptivité de l'individu à l'égard des apprentissages qu'on lui propose. Ainsi, il peut mieux intégrer l'information et faire l'apprentissage de nouveaux comportements (Klein et Abikoff, 1997). Il faut préciser qu'une réponse positive à un traitement pharmacologique ne constitue pas une confirmation de la présence d'un TDAH (Massé, 1999).

ARMSTRONG, T. *Déficit de l'attention et hyperactivité : stratégies pour intervenir autrement en classe*, traduction et adaptation par Sirois, G., Chenelière/McGraw-Hill, 2002.

BARKLEY, R. A. *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder : A Handbook for Diagnosis and Treatment*, 2e éd., New York, Guilford Press, 1998.

BRADLEY, C. « The Behavior of Children Receiving Benzedrin », *American Journal of Psychiatry*, vol. 94, 1937.

BRASWELL, B., et M. L. BLOOMQUIST. *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD Children : Child, Family and School Interventions*, Guilford Press, 1991.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC. *Le trouble déficit de l'attention/hyperactivité et l'usage de stimulants du système nerveux central : Lignes directrices*, Montréal, 2001.

CONNERS, C. K. « Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : Expert Consensus Guideline Series », *Journal of Attention Disorder*, vol. 4, supp. 1, 2001.

DUBÉ, R. *L'hyperactivité et le déficit d'attention chez l'enfant : de l'évaluation à l'intervention*, Actes de colloque « Hyperactivité et troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent », Montréal, Hôpital Sainte-Justine, janvier 2000.

KLEIN, R. G., et H. ABIKOFF. *Thérapie behaviorale et méthylphénidate dans le traitement des enfants atteints du TDAH*, traduction par C. Robitaille et A. Paquet, *Journal of Attention Disorders*, vol. 2, n° 2, 1997.

MASSÉ L. *« Le déficit de l'attention/hyperactivité », dans Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : Approche intégrative*, Gaëtan Morin, 1999.

ROBITAILLE, C. *Le point sur le Ritalin*, tiré de La Connivence, le journal du service de psychologie du Centre psychopédagogique de Québec inc., 1995.

WEISS, G., et L. T. HECHTMAN. *Hyperactive Children Grown Up*, New York, Guilford Press, 1986.

INTERVENTION

Traitements alternatifs

Les traitements que l'on dit alternatifs sont tous ceux qui diffèrent de la prescription de médication psychoactive ou des traitements psychosociaux ou comportementaux. Arnold (1999), dans le *Journal of Attention Disorders*, répertorie les traitements alternatifs pour le TDAH et évalue leur efficacité en se basant sur les recherches scientifiques sur le sujet.

Arnold (1999) présente les traitements alternatifs en quatre catégories :

1) Les traitements qui sont encore au stade exploratoire et, par le fait même, pour lesquels on ne dispose pas des données nécessaires pour faire les recommandations cliniques. Ces traitements ne sont pas prouvés comme étant efficaces ou inefficaces, par manque de recherches cliniques définitives. Dans cette catégorie, Arnold inclut tous les traitements à base de suppléments d'acides gras et de vitamines RDA, les remèdes homéopathiques, l'acupuncture au laser, la biorétroaction EMG, l'entraînement par le canal visuel spécifique, la stimulation vestibulaire, les thérapies contre les infections aux champignons et certains types de thérapies immunitaires.

2) Les traitements alternatifs qui se sont révélés comme inefficaces ou potentiellement dangereux. Dans ce groupe, on trouve principalement les formes variées de combinaisons mégavitaminiques multiples dont les bénéfices sont mitigés et le potentiel de toxicité, élevé. Les suppléments d'acides aminés se sont avérés efficaces à court terme, mais ne semblent pas être un traitement pratique à long terme, car ils peuvent comporter des risques. Le retrait du sucre seulement dans l'alimentation ne comporte pas de risque, mais s'avère peu efficace.

3) Les traitements alternatifs qui sont inefficaces et dangereux pour la majorité des enfants présentant un TDAH, mais qui s'avèrent très appropriés pour une étiologie spécifique. Par exemple, le traitement contre l'empoisonnement au plomb peut être dangereux pour quelqu'un qui n'a pas un taux élevé de plomb dans le sang, mais très efficace pour celui dont le taux est élevé. Les traitements pour la glande thyroïde ou les carences en éléments nutritifs (zinc, fer, magnésium, vitamines) ne sont recommandés que pour les individus présentant ce type de condition physique et peuvent être dommageables pour ceux qui ne le présentent pas.

4) Les traitements dont l'efficacité est basée sur des recherches cliniques sérieuses. On trouve dans ce groupe les quelques diètes alimentaires (oligoantigéniques) dont l'efficacité est prouvée pour ceux qui présentent une sensibilité alimentaire (5 à 10 % des enfants présentant un TDAH, Arnold, 1999), la combinaison du traitement par la relaxation, l'*EMG biofeedback* et la méditation.

Des commentaires sur des traitements spécifiques accompagnent ce classement :

- **Traitements spécifiques :** Pour les jeunes dont les comportements hyperactifs ou inattentifs sont dus à un débalancement de la glande thyroïde ou à un empoisonnement au plomb, les traitements liés à ces conditions obtiennent de très bons résultats, car ils pallient directement une déficience physique unique. Ces traitements ne sont toutefois pas appropriés pour ceux qui ne présentent pas l'une ou l'autre de ces causes.
- **Diètes alimentaires :** Les diètes alimentaires comme traitement de l'hyperactivité sont plus connues sous le nom de « diètes de Feingold ». L'hypothèse derrière ce concept est que nombre d'enfants présentant le trouble sont sensibles aux salicylates, aux colorants alimentaires, aux saveurs et aux agents de conservation ajoutés. Selon cette hypothèse, l'apprentissage et les problèmes de comportement pourraient s'améliorer en éliminant ces substances de l'alimentation (Feingold, 1975, cité dans Arnold, 1999). Il faut cependant être prudent dans la généralisation de ces résultats, car ils n'ont jamais été corroborés par les autres chercheurs (Conners 1980). Rowe (1988, cité dans Arnold, 1999) mentionne toutefois que les individus répondant bien à ce type de traitement représentent une faible proportion de ceux présentant un TDAH et sont davantage du type hyperactif-impulsif. L'élimination du sucre et des friandises est une autre stratégie associée aux diètes alimentaires. Aucune recherche n'a réussi à montrer l'utilité de cette stratégie alimentaire. La diminution ou l'élimination du sucre dans l'alimentation comme seule action n'est pas un traitement reconnu comme efficace pour le TDAH, mis à part pour des cas très rares.

- **Traitement combiné d'un entraînement par la relaxation et l'EMG biofeedback :** Selon Denkowski et Omizo (1983, cités dans Arnold, 1999), leurs sujets (garçons du secondaire présentant un TDAH) ont montré une amélioration significative dans leur rendement en lecture et leur contrôle, après 6 sessions de 25 minutes de relaxation assistée d'EMG. D'autres recherches sur ce sujet ont montré une amélioration significative au regard des capacités d'attention et du contrôle de l'impulsivité. Il n'y a pas de preuve que ce type de traitement surpasse les traitements traditionnels. Par contre, ce peut être une solution de rechange pour les jeunes qui ne répondent pas à la médication ou dont les parents y sont opposés.
- **Traitement homéopathique et aux herbes :** Beaucoup de produits homéopathiques et d'herbes médicinales sont proposés comme traitement pour le TDAH. Peu de données sont toutefois disponibles pour des produits tels que calmplex, defendol, gingko biloba, hypericum ou pycnogenol comme traitement efficace du TDAH. Des recherches de Zhang et Huang (1990) et Wang, Li et Li (1995) ont toutefois mené à des résultats intéressants concernant des mélanges d'herbes chinoises. Ces chercheurs ont observé une augmentation de l'attention et une diminution de l'agitation se comparant à celles obtenues à l'aide de la médication, mais sans effets secondaires. Ces résultats restent à être corroborés davantage par d'autres recherches à plus grande envergure et avec des groupes de sujets soumis à un placebo.

Pour les trois derniers types de traitements, les risques associés à leur utilisation sont faibles. Cependant, il faut considérer que leur utilisation peut, dans certains cas, retarder la mise en place d'autres moyens d'intervention plus efficaces et ainsi exposer le jeune à un risque plus grand d'une complexification de sa problématique.

RÉFÉRENCES : TRAITEMENTS ALTERNATIFS

ARNOLD, L. E. « Treatment Alternatives for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) », *Journal of Attention Disorders*, vol. 3, n° 1, 1999.

Index auteurs

Abikoff, H., 132, 133, 134, 215, 216
Achenback, 109
Alessandri, 69
Allen, 213
American Academy of Pediatrics, 95, 98, 102, 103, 141
Armstrong, T., 211, 212, 216
Arnold, L. E., 219, 220, 221
Atrecket, 23
Baghurst, P. A., 58, 60
Barkley, R. A., 35, 36, 37, 50, 51, 55, 56, 57, 58, 60, 65, 66, 69, 70, 71, 85, 89, 90, 128, 134, 137, 138, 141, 149, 155, 156, 170, 174, 181, 183, 194, 203, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 216
Biederman, J., 57, 60, 89, 90
Bjorklund, D. F., 65, 66
Bloomquist, M. L., 56, 57, 58, 59, 60, 89, 90, 215, 216
Boucher, 102
Bowen, 23, 26
Boyle, 49
Bradley, C., 23, 26, 208, 216
Braswell, B., 56, 57, 58, 59, 60, 89, 90, 215, 216
Bronowski, 35, 65
Brown, T. E., 41, 45, 49, 51
Bullock, 109
Carlson, C. L., 102, 103
Chadwick, O., 56, 61
Chandler, M. J., 56, 61
Charlebois, P., 2, 126, 128
Childers, A. T., 23, 26
Clements, S., 24, 26
Cohen, D., 23, 26, 49, 50, 51
Collège des Médecins du Québec, 12, 17, 95, 97, 107, 109, 112, 207, 216
Collin, J., 50, 51
Conners, C. K., 23, 24, 26, 70, 71, 79, 101, 103, 109, 209, 214, 216, 219
Cripe, 152
de Ebaugh, 23
de Hohman, 23
de Strecker, 23
Denhoff, E., 24, 26
Denkowski, 220
Dubé, R., 23, 24, 26, 55, 56, 60, 112, 138, 140, 141, 208, 209, 211, 212, 213, 214, 216
Dulcan, M., 45, 49, 51, 71, 112, 213
DuPaul, 70
Ebaugh, 23
Faraone, S. V., 57, 60, 90, 96
Feingold, 219
Fergusson, D.M., 89, 90
Fine, 207
Flessas, J., 33, 34, 37
Flick, G. L., 152, 153, 156, 174, 194, 203
Gagné, P.-P., 33, 37, 51, 156, 174
Geoffroy, 49
Goudreau, R., 2, 33, 37, 51, 66, 141, 156, 194, 203
Green, 102
Harnishfeger, K. K., 65, 66
Hechtman, L., 69, 70, 71, 85, 89, 90, 128, 166, 208, 213, 216
Hohman, 23
Hoza, 213
Johnston, 213
Jolicoeur, C., 45, 49, 51, 141
Kahn, 23, 26
Kinsbourne, 56
Klein, R. G., 132, 133, 134, 215, 216
Kronström-Asselin, L., 103, 131, 134
Laufer, M., 24, 26
Le Moal, M., 57, 60
Lehtinen, 23
Lemieux, B., 36, 37
Loney, 89
Luria, A., 56, 60
Lussier, F., 33, 34, 37
Lynskey, M. T., 89, 90
Mann, 50
Massé, L., 55, 60, 69, 70, 140, 141, 156, 194, 203, 209, 214, 215, 216
McMichael, A. J., 58, 60
McMurray, 70
Morasse, K., 103, 131, 134
Morrison, J. R., 57, 61
Neligan G. A., 225
Nichols, P. L., 56, 61
Offord, 49
Omizo, 220
Ordre des Psychologues du Québec, 12, 17, 95, 97, 98, 102, 103, 107, 109, 112, 134, 141, 207, 216
Pelham, W. E., 156, 162, 174, 213
Pelsser, R., 59, 61
Peter, J., 24, 26
Pliszka, S. R., 102, 103
Poulin, P.-P, 33, 37, 51, 109
Régie de l'assurance-maladie du Québec, 225
Robitaille, C., 2, 36, 37, 45, 51, 156, 174, 194, 203, 215, 216
Rowe, 219
Rutter, M., 55, 56, 61
Safer, 207, 213
Sameroff, A. J., 56, 61
Shaffer, D., 56, 61
Shaywitz, B. A., Shaywitz, S. E., 57, 61
Smith, R., 56, 61
Stevenson, 57
Stewart, M. A., 57, 61
Still, Sir G., 23, 24
Strauss, 23
Sturges, 213
Swanson, J. M., 102, 103
Szatmari, 49
Thomas, J., 41, 45, 51, 102, 103
Towbin, A., 55, 61
Tredgold, 23
Umesh, J., 96, 98
Weiss, G., 69, 70, 71, 85, 89, 90, 96, 98, 128, 166, 208, 213, 216
Wender, P., 56, 61
Werner, E., 23, 56, 61
Willems, G., 102, 103
Wilson, 109
Zito, 207

Index sujets

A
adapté 7, 29-30, 109-111, 116-117, 133-138, 140-141, 177-178, 190
administration 214
adolescence 29-30, 69, 70, 76-78, 89, 90, 96-97, 98, 214-215
adolescent 45, 51, 60-61, 71, 90, 95, 96-97, 109-111, 112, 137-138, 141, 155-159, 177-178, 185, 187-188, 211-212, 214, 215, 216
adulte 29, 65, 67, 69, 70, 71, 89, 97, 133, 149, 150, 152, 154, 164, 166, 167, 170, 172, 184, 185, 190, 191, 193, 200, 202, 207, 213, 214, 215
agir 1, 7, 8, 17, 57, 70, 97, 125, 131, 133, 139, 140, 150, 151, 154, 160, 165, 170, 177, 183, 184, 191, 197, 198, 200, 202, 211, 214
alcool 55, 59, 89, 90, 101
alcoolisme 84, 108, 126
alimentaire 125, 219
antisociaux 23, 70, 76, 161
anxiété 75, 77, 89, 95, 101, 108, 109, 137, 151, 160, 212
anxieux 29, 101, 102, 116, 118, 160, 209, 210
apprentissage 7, 23, 24, 30, 34, 37, 69, 96, 101, 102, 110, 132, 133, 138, 140, 153, 155, 159, 161, 165, 166, 167, 171, 178, 186, 187, 188, 189, 207, 212, 215, 219
attendre 34, 36, 42, 49, 65, 70, 116, 117, 152, 164, 172, 178, 182, 184, 201, 214
attention 7, 8, 11, 14, 17, 23, 24, 25, 26, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 45, 49, 50, 51, 55, 56, 58, 59, 60, 61, 63, 65, 66, 69, 70, 71, 75, 77, 78, 79, 90, 95, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 109, 112, 115, 116, 126, 128, 131, 134, 137, 138, 141, 151, 152, 153, 154, 156, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 171, 173, 174, 178, 179, 180, 181, 182, 184
attention partagée 34, 42, 109, 188
attention sélective 34, 42, 109, 152, 188
attention/hyperactivité 7, 23, 25, 29, 33, 49, 51, 60, 75, 98, 101, 103, 112, 116, 134, 141, 156, 165, 174, 194, 203, 216
attentionnel 59
autorégulation 35, 65, 125, 127
B
behavioral 60, 90, 137, 156, 174, 216
biologique 55, 107, 166
bipolaire 101
C
capacité 29, 33, 34, 65, 108, 137, 152, 159, 165, 166, 172, 184, 210
cause 24, 29, 35, 43, 55, 57, 58, 59, 65, 75, 96, 97, 108, 159, 165, 184, 191, 200, 202, 208, 210
cérébrale 23, 24, 55, 56, 57
cerveau 8, 23, 55, 56, 57
chronique 137, 140, 162, 207
CIM 50, 115, 116, 118, 119
classe 7, 11, 12, 30, 34, 35, 42, 70, 77, 96, 101, 108, 110, 115, 117, 127, 131, 133, 161, 177, 179, 182, 183, 184, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 199, 211, 212, 214, 216
clinique 23, 24, 33, 55, 57, 58, 97, 107, 115, 116, 131, 162, 214
CLSC 12, 13, 78, 97, 125, 162, 172
comorbidité 11, 30, 49, 70, 78, 84, 89, 99, 101, 102, 103, 109, 118, 151, 209
compétence 43, 139, 151, 159, 185
comportementale 12, 58, 154, 159, 169, 179
concertation 7, 8, 10, 13, 17, 78, 96, 107, 111, 126, 133, 137, 178, 192
connaissance 12, 23, 24, 25, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 55, 56, 57, 58, 59, 65, 69, 70, 75, 76, 78, 83, 84, 89, 177
conscience 23, 33, 65, 108, 109, 159, 160, 162, 165, 183, 184, 188, 199, 200, 201, 202, 215
consensus 7, 8, 33, 51, 71, 76, 79, 103, 140, 166, 192, 214, 216
conséquence 11, 35, 41, 58, 75, 76, 137, 138, 139, 149, 150, 151, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 179, 183, 184, 185, 191, 199, 200, 202
contrôle 23, 24, 35, 42, 55, 56, 58, 65, 75, 96, 101, 109, 139, 150, 151, 154, 161, 163, 164, 166, 168, 169, 182, 183, 191, 209, 211, 220
cortex 56
court terme 41, 165, 192, 211, 219
critères diagnostiques 11, 41, 49, 50, 96, 109, 113, 116, 118, 119
CRUM 207, 208
D
danger 34, 43, 69, 76
déficience 101, 110, 125, 155, 164, 183, 219
déficit 7, 11, 23, 24, 25, 26, 29, 33, 34, 37, 41, 42, 45, 49, 51, 58, 60, 65, 75, 78, 98, 101, 103, 109, 112, 116, 126, 128, 134, 137, 138, 141, 151, 152, 154, 156, 165, 167, 174, 179, 180, 188, 194, 203, 215, 216
dépression 29, 95, 163, 209
désespoir 70
deuil 101, 162, 163, 174
diagnostic 7, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 24, 25, 29, 51, 59, 84, 89, 91, 93, 95, 96, 97, 99, 101, 102, 103, 105, 107, 108, 109, 113, 115, 116, 118, 119, 134, 137, 138, 162, 166, 172, 192, 209, 210
diagnostic différentiel 10, 11, 12, 17, 59, 99, 101, 102, 103, 108
diagnostique 7, 24, 26, 49, 90, 108, 111, 115, 119
difficulté 7, 29, 34, 35, 41, 42, 43, 56, 58, 69, 70, 75, 77, 83, 95, 101, 107, 138, 140, 153, 154, 162, 164, 165, 167, 170, 171, 173, 179, 180, 181, 182, 184, 191, 192, 193, 199, 202, 214
distractivité 24, 35, 41, 42, 43, 55, 89
distrait 42, 43, 65, 117, 151, 169
dommages cérébraux 23, 55
dopamine 57, 209
dose 131, 132, 133, 137, 210, 213, 214, 215
drogue 59, 89, 213
DSM 24, 25, 26, 33, 41, 49, 50, 51, 89, 90, 96, 109, 115, 118, 119
DSM-III 24, 25, 26
dysfonction cérébrale 23, 24
E
échelle 17, 24, 41, 109, 209
école 7, 11, 25, 33, 43, 70, 76, 78, 95, 96, 97, 108, 110, 116, 117, 126, 132, 140, 156, 159, 160, 170, 171, 172, 173, 177, 192, 193, 194, 197, 198, 214
éducation 7, 8, 9, 12, 26, 29, 44, 51, 60, 107, 111, 131, 138, 145, 161, 162
éducation physique 44
effort 29, 34, 41, 115, 117, 149, 165, 173, 181, 187, 198, 201
élève 7, 34, 77, 78, 108, 110, 126, 178, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193
émotion 170, 179
émotionnel 35, 43, 59
émulation 149, 150, 179, 197
encadrement 77, 83, 84, 110, 111, 126, 131, 133, 137, 140, 149, 150, 154, 162, 163, 164, 167, 172, 177, 178, 179, 182, 183, 190, 192, 193, 200, 201
encadrer 77, 139, 192
enseignant 7, 17, 34, 42, 77, 78, 83, 84, 95, 96, 97, 107, 108, 126, 137, 173, 177, 178, 181, 182, 184, 188, 189, 191, 192, 193
équipe 7, 8, 9, 10, 11, 59, 78, 97, 139, 166, 177, 191, 200
esprit 23, 42, 139, 154, 160, 167, 179

estime de soi 43, 70, 75, 125, 138, 155, 163, 168, 170, 171, 185, 197, 200, 208
étiologie 14, 29, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 219
Europe 50, 116, 118
évaluation 7, 12, 13, 17, 24, 70, 75, 76, 77, 84, 89, 95, 96, 97, 101, 102, 105, 107, 109, 110, 111, 112, 137, 138, 151, 177, 180, 189, 192, 209, 210, 216
éveil 33, 34, 56, 152, 188, 208

F

facteur 50, 58, 59, 76, 89, 138, 166, 214, 215
familiale 57, 70, 76, 77, 108, 159, 160, 164
famille 9, 12, 41, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 89, 97, 108, 109, 126, 150, 159, 161, 162, 163, 170, 173, 177, 210, 212
fille 49
financière 76, 126
fonction exécutive 65, 154, 183
force 43
fratrie 77, 108, 160, 210
frustration 24, 42, 43, 57, 75, 101, 108, 150, 187

G

garde 11, 76, 95, 110, 161, 173, 191, 197, 198, 214
génétique 57, 76, 125
gestion 7, 12, 33, 66, 127, 133, 154, 160, 162, 163, 172, 173, 179, 180, 182, 186, 189, 190, 191, 193, 214
grossesse 59, 108
groupe 7, 8, 9, 11, 12, 13, 44, 49, 51, 69, 78, 83, 84, 95, 97, 117, 126, 127, 131, 132, 133, 137, 159, 172, 177, 179, 184, 187, 188, 200, 202, 219

H

hérédité 57
hôpital 49, 112, 174, 216
horaire 173, 188, 190
hospitalier 97
humeur 89, 96, 101, 102, 116, 118, 164, 209, 212
hyperactif 25, 41, 42, 69, 70, 138, 154, 166, 168, 178, 182, 197, 219
hyperactivité 7, 17, 23, 24, 25, 26, 29, 33, 37, 41, 45, 49, 50, 51, 55, 58, 59, 60, 75, 78, 98, 101, 102, 103, 112, 115, 116, 117, 118, 126, 128, 134, 138, 141, 151, 156, 165, 166, 174, 191, 194, 203, 216, 219
hypothèse 23, 50, 55, 56, 57, 58, 96, 109, 110, 152, 155, 183, 213, 219

I

illicite 210, 214
image 77, 95, 152, 153, 160, 165
immaturité 56, 159
impulsif 23, 25, 41, 42, 69, 70, 150, 154, 168, 178, 182, 184, 219
impulsivité 8, 17, 24, 25, 33, 41, 43, 49, 70, 75, 89, 95, 96, 101, 102, 103, 115, 116, 117, 118, 137, 151, 154, 155, 169, 183, 184, 199, 201, 202, 211, 215, 220
IMS 49
incapacité 24, 41, 58, 77, 115, 155, 163, 165, 170, 183
incidence 25, 29, 43, 55, 57, 59, 70, 75, 76, 89, 101, 162, 178, 185, 198, 213
informatique 153
intellectuel 33, 83, 84, 89, 180, 212
intelligence 23, 24, 61, 66
interne 35, 36, 41, 42, 65, 70, 154, 181, 183
intervenant 95, 97, 107, 110, 133, 138, 139, 159, 198, 199, 200, 201, 202
intervention 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 33, 37, 44, 76, 77, 102, 107, 109, 112, 123, 126, 129, 131, 133, 134, 135, 137, 138, 139, 140, 141, 143, 145, 147, 152, 154, 155, 156, 157, 159, 160, 161, 163, 167, 169, 171, 172, 174, 175, 177, 178, 183, 185, 191, 192, 193, 194, 195, 197, 198, 199, 200, 201, 203, 205, 207, 210, 211, 213, 216, 217, 220
irritabilité 23, 24, 212
isolé 184, 200, 202
isolement 77, 84, 95, 125, 161, 168, 177

J

jeu 30, 35, 42, 57, 70, 116, 137, 173
jeune 12, 17, 24, 25, 29, 34, 41, 42, 43, 44, 56, 59, 65, 69, 75, 76, 77, 78, 83, 95, 97, 101, 107, 108, 109, 110, 111, 115, 118, 125, 126, 127, 133, 137, 138, 139, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 207, 208, 210, 211, 212, 214, 215, 219, 220
jumeaux 57

L

lésion 24
lignes directrices 12, 17, 49, 95, 98, 107, 111, 112, 141, 207, 216
limite 109, 169, 181, 184, 190, 198, 199, 202
lobe frontal 56, 58
loisir 9, 76, 110, 115, 117
long terme 56, 58, 87, 89, 90, 137, 161, 164, 187, 210, 213, 219

M

manifestation 96, 178
mathématique 24
maturation 65, 138, 139, 181, 215
mature 96
médecin 7, 97, 98, 101, 111, 133, 210, 213, 214
médication 10, 12, 13, 17, 49, 57, 70, 78, 102, 131, 132, 133, 137, 138, 145, 187, 193, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 219, 220
mémoire 24, 41, 58, 65, 165, 182, 187, 211
MEQ 13, 133, 177
milieu de garde 95, 110, 191, 197, 198
milieu familial 78, 108, 110, 137, 140, 157, 159, 172, 174, 177, 198, 210, 214
milieu scolaire 7, 9, 12, 13, 14, 23, 34, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 97, 108, 109, 110, 126, 131, 137, 138, 154, 156, 160, 162, 167, 172, 175, 177, 186, 192, 194, 197, 203, 210
modeling 140, 150, 155, 171, 186
moelle épinière 56
moteur 24, 42, 43, 69, 101, 110, 154, 168
motricité 8, 24, 69, 70, 95, 108, 125, 151, 187, 211
MSSS 13, 133
multidisciplinaire 13, 17, 97, 105, 107, 112, 137, 192

N

neurobiologique 55, 160
neurochimique 56, 57, 166
neurologique 24, 56, 57, 65, 160
neurone 57, 208, 209
normal 14, 36, 56, 60, 155, 181

O

obéir 165
opposition 29, 59, 70, 75, 101, 102, 108, 109, 115, 137, 211
oppositionnel 117

P

pairs 41, 43, 69, 70, 75, 76, 83, 84, 89, 110, 126, 155, 171, 172, 178, 181, 186, 187, 197, 211, 214

parent 43, 57, 65, 76, 77, 83, 84, 95, 97, 107, 110, 126, 139, 150, 153, 156, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 170, 171, 172, 173, 174, 189, 210, 214
pédopsychiatrie 49, 110
petite enfance 69, 97, 198
pharmacologie 208
pharmacologique 12, 131, 133, 205, 207, 210, 211, 213, 215, 216
plan d'intervention 12, 17, 109, 141, 167, 177, 185, 192, 193
potentiel 33, 43, 77, 83, 84, 89, 152, 200, 208, 212, 219
préscolaire 69, 126, 214
prescription 131, 208, 219
prévalence 14, 47, 49, 50, 51, 89, 102, 118
problématique 8, 9, 11, 13, 29, 33, 44, 49, 55, 59, 70, 75, 77, 78, 95, 96, 101, 108, 116, 126, 127, 138, 139, 159, 162, 169, 177, 184, 186, 191, 200, 202, 207, 209, 220
professionnel 12, 97, 107, 109, 116, 118, 159, 162, 177
pronostic 17, 29, 87, 89, 90, 95, 138, 186
psychologique 7, 59, 101, 208, 210
psychologue 97, 111
psychométrique 109
psychostimulant 209
punition 139, 149, 150, 168, 191
R
RAMQ 207
référence 7, 12, 13, 23, 33, 34, 35, 36, 37, 42, 51, 56, 84, 89, 93, 95, 97, 98, 131, 151, 160, 169, 181, 190, 199, 201, 215
règle 65, 149, 150, 170, 173, 180, 184, 197, 200, 202
relation 35, 55, 56, 58, 59, 69, 70, 75, 78, 83, 84, 108, 109, 126, 161, 172, 193
renforcement 56, 131, 139, 149, 150, 172, 186, 190
responsabilité 43, 138, 165, 177, 181, 191, 192, 214
retard scolaire 30, 186, 187
retrait social 23, 43, 108, 155, 171, 186
rigueur 154, 169, 178, 183
risque 43, 57, 59, 70, 76, 77, 81, 83, 84, 85, 89, 95, 125, 127, 137, 138, 170, 181, 208, 210, 211, 212, 213, 214, 219, 220
ritalin 12, 131, 207, 208, 209, 212, 216
routine 163, 164, 167, 172, 173, 184, 199, 202
rythme 43, 96, 152, 166, 187, 213
S
santé 7, 8, 9, 12, 26, 51, 76, 77, 78, 84, 89, 97, 101, 107, 108, 111, 119, 125, 145, 164, 167, 177, 210
scolaire 7, 9, 12, 13, 14, 17, 23, 24, 29, 30, 34, 37, 49, 51, 66, 70, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 83, 84, 89, 95, 96, 97, 101, 108, 109, 110, 115, 116, 118, 125, 126, 131, 133, 137, 138, 141, 154, 156, 160, 162, 167, 168, 172, 175, 177, 180, 181, 184, 185, 186, 187, 192, 193, 194, 197, 198, 200, 202, 203, 207, 210, 211, 212, 215
secondaire 29, 43, 96, 125, 126, 156, 187, 194, 213, 215, 220
service 8, 10, 110, 125, 171, 193, 214, 216
sexe 95
situation géographique 50
social 7, 17, 23, 43, 58, 65, 70, 75, 83, 84, 89, 95, 97, 108, 116, 117, 118, 125, 155, 160, 171, 186
solitaire 44
spécialiste 97
sport 211
SSNC 17, 49, 95, 107, 207, 208
stimulant 60, 155, 169, 208, 213
stimulation 33, 41, 42, 56, 58, 59, 168, 169, 172, 173, 183, 187, 197, 219
substance 210, 213
suivi 17, 42, 96, 125, 127, 131, 132, 133, 137, 140, 153, 164, 166, 167, 170, 177, 207, 210
sur-persévérance 42
symptôme 29, 115, 117
syndrome 23, 24, 26, 58, 59, 60, 102, 108, 125. 159, 160, 161, 212
système nerveux central 7, 12, 17, 24, 49, 50, 51, 55, 57, 59, 60, 84, 89, 98, 107, 112, 141, 152, 207, 208, 209, 216
système réticulé 56
T
tabac 59, 89
TDAH 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 23, 25, 29, 30, 33, 35, 37, 41, 42, 43, 44, 49, 50, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 69, 70, 75, 76, 77, 78, 83, 84, 89, 95, 96, 97, 101, 102, 107, 108, 109, 111, 115, 118, 125, 126, 127, 131, 132, 133, 137, 138, 140, 141, 145, 149, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 159, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 168, 170, 171, 172, 174, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 197, 198, 200, 203, 207, 208, 209, 211, 213, 214, 215, 216, 219, 220
technique 7, 151, 153, 179
télévision 30, 168
temps 29, 30, 34, 41, 42, 43, 55, 56, 58, 69, 70, 76, 77, 95, 96, 97, 101, 107, 108, 110, 126, 133, 137, 138, 139, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 159, 160, 162, 163, 164, 165, 167, 170, 173, 179, 180, 181, 182, 184, 185, 186, 188, 189, 190, 191, 193, 198, 199, 200, 201, 202, 209, 210, 211, 213
toxicomanie 51, 59, 76, 84, 89, 95, 102, 125, 126, 208, 213
traitement 12, 33, 34, 49, 55, 57, 70, 76, 89, 101, 102, 103, 108, 131, 132, 133, 134, 137, 138, 140, 159, 178, 189, 205, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 219, 220
traitement combiné 131, 132, 137, 140, 215, 220
travail 7, 8, 9, 10, 24, 29, 34, 37, 41, 43, 51, 65, 76, 78, 89, 97, 107, 108, 115, 116, 117, 133, 140, 151, 152, 153, 155, 162, 166, 171, 172, 173, 177, 180, 181, 182, 183, 186, 188, 189, 190, 192, 198, 199
trouble déficitaire de l'attention 24, 45, 156, 194
V
vigilance 34, 109, 208, 211
vitesse d'exécution 42
volontaire 34, 65, 163, 191
volonté 11, 23, 139, 163, 166